Keuzegedrag bij zorg

Uitgevoerd door: Intomart GfK bv

Uw contact: Tom van Dijk / Peter van de Vijver

Tel.: +31 (0)35-625841
E-mail: tom.van.dijk@gfk.com / peter.van.de.vijver@gfk.com

Projectnummer: 33190

Datum: 25-10-2013

.

INHOUD

1. Inleiding

1.1 Aanleiding en achtergrond

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft de Tweede Kamer toegezegd de gevolgen van de recente verhoging van het verplicht eigen risico te evalueren. De Minister heeft daarbij aangegeven een enquêteonderzoek te doen. In dit onderzoek staat de vraag centraal of er als gevolg van de verhoging van het eigen risico per 2013 ten opzichte van 2012 een verandering heeft plaatsgevonden in de consumptie van zorg. Daarin worden zowel de potentiële gewenste effecten (kostenbewustzijn, rem op niet-noodzakelijke zorg) als de potentiële ongewenste effecten (afzien van noodzakelijke zorg) onderzocht.

Er wordt ook aandacht gegeven aan andere mogelijke oorzaken om af te zien van het gebruik van de zorg. Te denken valt in dat kader onder meer aan de financiële crisis, eventuele onwetendheid en misvattingen rond het eigen risico (bijvoorbeeld met betrekking tot een bezoek aan de huisarts dat niet onder het eigen risico valt, de compensatie ervan voor lagere inkomens) via de zorgtoeslag en prioriteitstellingen (welke prioriteiten stellen mensen bij het uitgeven van geld, is zorg een prioriteit of vinden mensen andere dingen belangrijker dan zorg?).

Het onderzoek kent drie hoofdvragen:

(1) *Welke effecten heeft de verhoging van het verplicht eigen risico per 1-1-2013 gehad op het gebruik maken van zorg?*

(2) *Wanneer en in hoeverre kan het afzien van zorg als gewenst of ongewenst worden gezien en welke rol spelen de kosten?*

(3) *Welke factoren hebben het afzien van zorg beïnvloed?*

1.2 Totstandkoming van dit onderzoek

Het onderzoek en ook dit onderzoeksverslag is tot stand gekomen in samenspraak met de in dit kader ingestelde klankbordgroep. In de klankbordgroep zijn naast het ministerie van VWS als opdrachtgever representanten vertegenwoordigd van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, de Landelijke Huisartsenvereniging, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, GGZ Nederland, de Orde van Medisch Specialisten, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Zorgverzekeraars Nederland.

Het onderzoek is uitgevoerd op basis van het online panel van GfK. Het GfK online panel is met haar ruim 100.000 panelleden één van de grootste panels van Nederland, is van hoge kwaliteit en landelijk representatief van samenstelling.

Voorafgaand aan het onderzoek is besloten om een eerste inventarisatie te maken door enkele vragen voor te leggen aan het hele GfK panel, met als reden om te bepalen of er - potentieel - binnen het panel voldoende mensen aanwezig waren die wel eens hebben afgezien van zorgverlening. Dit bleek het geval te zijn, waardoor het onderzoek op de beoogde wijze binnen het panel uitgevoerd kon worden.

GfK Intomart heeft de vragenlijst in de basis opgesteld, met het ministerie van VWS en de klankbordgroep met veldpartijen als sparringpartners. Dit was een intensief proces, waarbinnen ook een door GfK Intomart uitgevoerde kwalitatieve test van de conceptvragenlijst onder burgers tot verdere nuttige aanvullingen en aanscherpingen in de vraagstelling heeft geleid.

Daarna is uit het panel een landelijk representatieve steekproef getrokken van 12.000 personen van 18 jaar en ouder. Deze steekproef is representatief samengesteld naar geslacht, leeftijd, opleiding, inkomen, regio (provincie) en internetgebruik.
Uit de respons van 10.859 personen zijn vervolgens drie groepen respondenten samengesteld, allen met een gerapporteerde gezondheidsklacht in de periode van januari 2012 tot en met eind augustus 2013. Het gaat om een groep niet-zorgmijders, een groep zorgmijders die aangaven dat kosten (mede) een rol speelden bij het afzien van zorg en een groep zorgmijders die om andere redenen dan kosten afzien van zorg. Doordat een maximum was gesteld aan de grootte van het aantal respondenten in elk van de drie groepen, hebben in totaal 1.995 personen van 18 jaar en ouder de vragenlijst ook daadwerkelijk ingevuld. Via een (complexe) weging (zie voor details de onderzoekverantwoording) is ervoor gezorgd dat er uitspraken gedaan kunnen worden voor het totaal van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder.

1.3 Leeswijzer

In Hoofdstuk 2 wordt eerst in beeld gebracht welk kennisniveau mensen, die te maken hebben gekregen met een gezondheidsklacht, hebben over het eigen risico en de recente verhoging daarvan. In Nederland zijn onder meer huisartsenzorg en iedereen onder de 18 jaar uitgezonderd voor het eigen risico. Welke groepen hebben meer of juist minder kennis?

Hoofdstuk 3 geeft een operationalisering van de groep mensen, waarvan is gebleken dat zij wel eens een gezondheidsklacht hebben gehad en hebben afgezien van zorg. Hoe valt hun keuze

om geen gebruik te maken van de zorg te duiden (gewenst/ongewenst) en wat is op basis daarvan de geschatte omvang van de groepen waarschijnlijk gewenste en waarschijnlijk ongewenste zorgmijders? In welke mate spelen kosten - en daarbinnen vooral de verhoging van het eigen risico - daarbij een rol en in hoeverre zijn ook andere factoren van belang? Bijvoorbeeld het kennisniveau over het eigen risico, de algemene en persoonlijke financiële situatie en de prioriteiten in de uitgaven die de burger zelf aanbrengt?

In hoofdstuk 4 worden de conclusies uit het onderzoek samengevat en met elkaar in verband gebracht, op basis waarvan de hoofdvragen uit het onderzoek worden beantwoord. Dit hoofdstuk kan zelfstandig worden gelezen en bevat de meest essentiële informatie die het onderzoek heeft opgeleverd.

Hoofdstuk 5 - ten slotte - betreft een toelichting op hoe de uitvoering van het enquêteonderzoek tot stand is gekomen.

2. Kennis over eigen risico

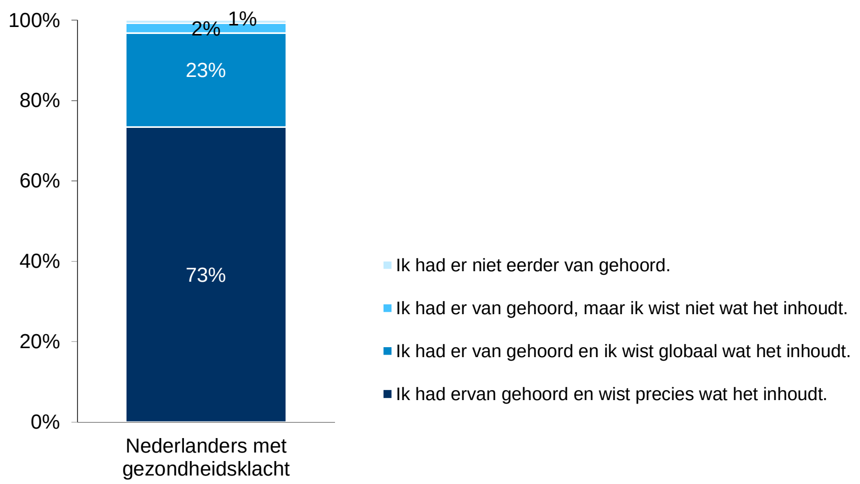
In Nederland is elke burger wettelijk verplicht om een ziektekostenverzekering af te sluiten, waardoor mensen verzekerd zijn tegen ziektekosten. Binnen de basisziektekostenverzekering geldt voor iedereen een wettelijk verplicht eigen risico, een maximaal bedrag dat op jaarbasis door burgers zelf moet worden betaald, indien men deze kosten daadwerkelijk maakt voor de eigen gezondheid. Onlangs - per 1-1-2013 - is het jaarlijkse eigen risico bedrag verhoogd van €220,- naar €350,-.

De vraag die in dit hoofdstuk wordt beantwoord is in hoeverre men kennis heeft van het verplichte eigen risico en de verhoging daarvan in 2013.

2.1 Bekendheid met het eigen risico

Het blijkt dat bijna driekwart (73%) van de mensen van 18 jaar en ouder aangeeft precies te weten wat het eigen risico inhoudt. Bijna een kwart (23%) zegt globaal te weten wat het inhoudt. Slechts een enkeling zegt nog nooit van het eigen risico te hebben gehoord, of er weliswaar wel van te hebben gehoord maar niet te weten wat het inhoudt (zie figuur 2.1).

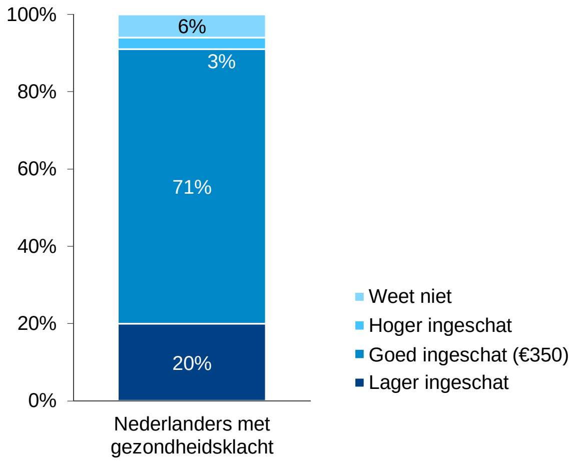
Figuur 2.1: Bekendheid eigen risico
Nederlanders 18+, met een gezondheidsklacht



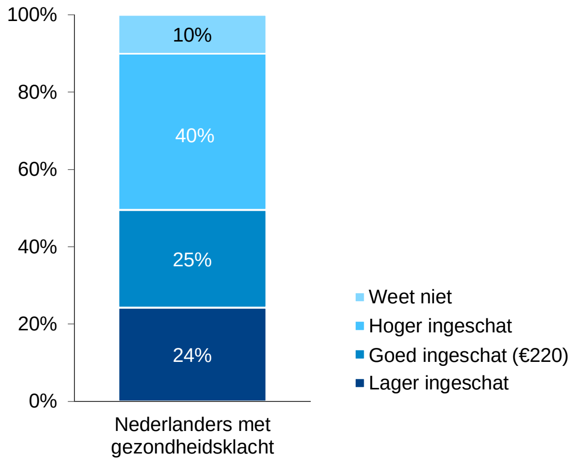
De hoogte van het (nieuwe) eigen risico bedrag per 1-1-2013 blijkt bijna driekwart (71%) van de Nederlanders met een gezondheidsklacht correct te kunnen noemen. Eén op de vijf (20%) schat de hoogte van het eigen risico iets te laag in. Een kleine minderheid (3%) schat het bedrag juist iets hoger in.

Het ‘oude’ eigen risico bedrag, dat van toepassing was vóór 1-1-2013, blijkt bij de meeste mensen niet meer precies bekend te zijn. Een kwart van de mensen weet zich dit nog wel juist te herinneren. Twee op de vijf mensen (40%) schat het eigen risico bedrag in 2012 hoger in dan de €220,- die het in werkelijkheid was.

Figuur 2.2: Bekendheid hoogte ER in 2013
Nederlanders 18+, met een gezondheidsklacht



Figuur 2.3: Bekendheid hoogte ER in 2012



De hoogte van het eigen risico in 2013 wordt relatief vaker <u>correct</u> ingeschat door:

- 55-plussers
- laag en middelbaar opgeleiden
- mensen in huishoudens met een bruto inkomen tot €65.000,-
- mensen in huishoudens van 1 of 2 personen

De hoogte van het eigen risico in 2013 wordt relatief vaker <u>niet correct</u> ingeschat door:

- de groep 18-54 jarigen, waarbinnen vooral de 35-44 jarigen
- hoog opgeleiden
- mensen in huishoudens met een bruto inkomen boven €77.500,-
- mensen in huishoudens van 3 of meer personen

De hoogte van het eigen risico in 2012 wordt relatief vaker <u>correct</u> ingeschat door:

- 65-plussers
- laag opgeleiden
- de op één na laagste inkomenscategorie (€12.500 - €19.044 bruto)
- mensen in huishoudens van 2 personen

De hoogte van het eigen risico in 2012 wordt relatief vaker <u>niet correct</u> ingeschat door:

- de groep 18-64 jarigen
- hoog opgeleiden
- mensen in huishoudens van 1 persoon of 3 of meer personen

2.2 Bekendheid met dat wat valt onder het eigen risico

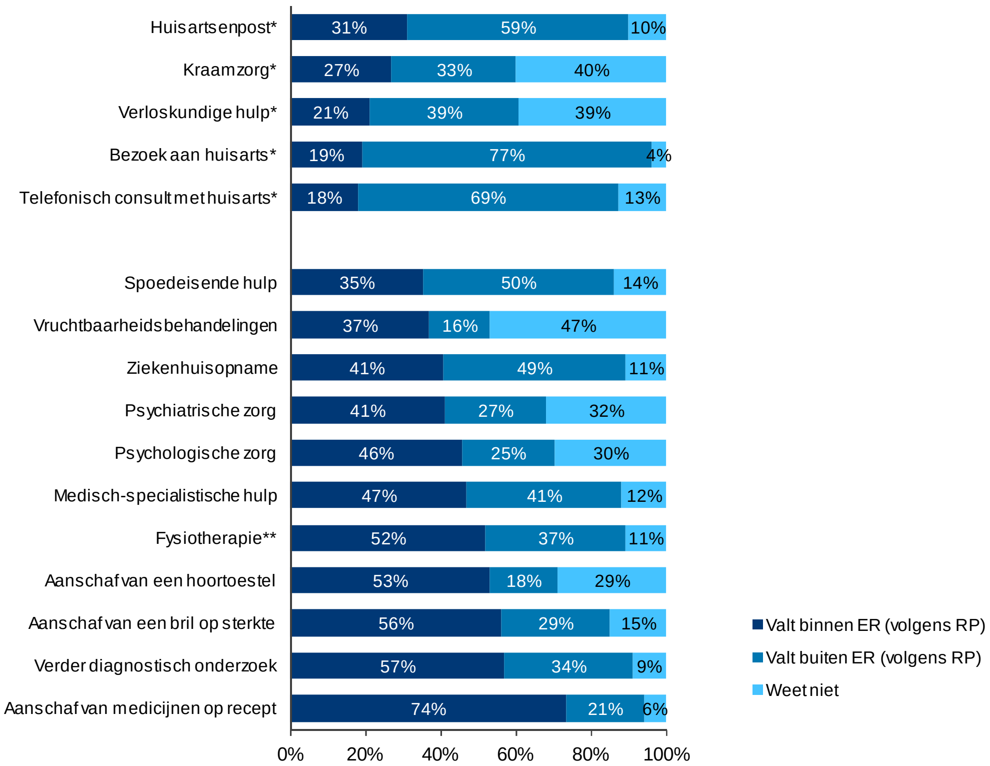
Bijna 90% van de mensen die te maken kregen met een gezondheidsklacht, geeft aan te weten dat bepaalde zorg niet onder het eigen risico valt

De volgende groepen blijken relatief minder goed op de hoogte te zijn van het feit dat bepaalde vormen van zorg niet onder het eigen risico vallen (dat wil zeggen: het verplicht eigen risico is hiervoor niet van toepassing):

- laag opgeleiden
- mensen in huishoudens met een bruto inkomen tot €19.044,- (= wettelijk minimumloon)
- eenpersoonshuishoudens

Uit de vervolgvragen blijkt dat de *precieze* kennis over wat er nu wel en wat er niet onder het eigen risico valt, slechts in beperkte mate aanwezig is (zie figuur 2.4).

Figuur 2.4: Bekendheid zorg wel/niet onder eigen risico
Nederlanders 18+, met een gezondheidsklacht.



RP staat voor: respondent.
** Valt buiten het eigen risico; de overige vormen van zorg vallen binnen het eigen risico.*
*** Fysiotherapie valt voor volwassenen deels binnen het verzekerd pakket, en dat deel valt onder het verplicht eigen risico.*

Het inschakelen van de huisarts (bezoek, telefonisch consult, huisartsenpost) valt onder de basisverzekering en niet onder het eigen risico, zo weet (bijna) circa driekwart van de mensen die in 2012 en/of in 2013 tot en met augustus een gezondheidsklacht hebben gehad. Bijna één op de vijf denkt dat een consult bij de huisarts hen directe kosten oplevert. Opmerkelijke verschillen tussen opleidings- en inkomensklassen zijn daarbij niet aan de orde.

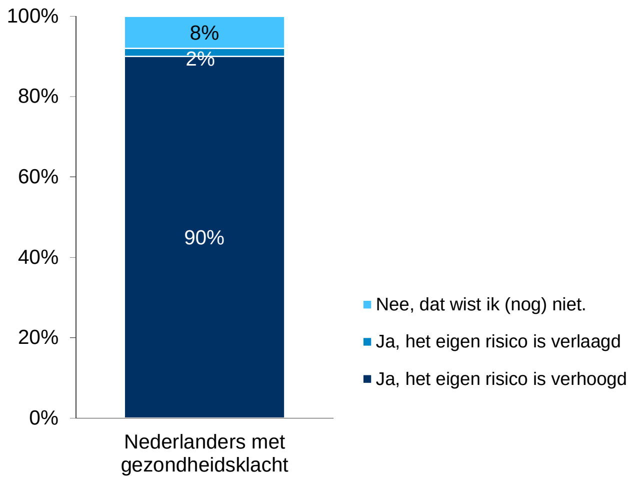
Het aankopen van medicijnen op recept valt onder het eigen risico; dit weet bijna driekwart van alle mensen (74%). Het valt op dat een relatief groot deel ten onrechte meent dat een ziekenhuisopname en medisch specialistische hulp niet onder het eigen risico vallen (respectievelijk 49% en 41%). Dit geldt vooral in sterke mate voor 65-plussers, die dit nog vaker dan anderen niet weten.

Veel respondenten (zie figuur 2.4) zeggen niet te weten of de aan hen voorgelegde voorbeelden wel of niet onder het eigen risico vallen. Al met al moet derhalve geconstateerd worden dat veel mensen niet precies weten wat er onder het eigen risico valt en wat niet. Het aantal mensen dat een verkeerd antwoord geeft of zegt het niet te weten, is aanzienlijk. Een paar voorbeelden: bij een bezoek aan de huisarts geeft 23% niet het juiste antwoord, bij een bezoek aan een huisartsenpost wordt het juiste antwoord door 41% niet gegeven, bij medisch-specialistische hulp wordt het correcte antwoord door 53% niet gegeven, enzovoorts.

2.3 Bekendheid met verhoging eigen risico

Negen van de tien Nederlanders van 18 jaar en ouder met een gezondheidsklacht in de periode januari 2012 tot en met augustus 2013 weten dat het eigen risico per 1-1-2013 is verhoogd.

Figuur 2.5: Bekendheid verhoging ER
Nederlanders 18+, met een gezondheidsklacht.



Gebruikte vraagstelling:
Per 1-1-2013 is de hoogte van het verplicht eigen risico in de zorg veranderd. Was u hiervan op de hoogte?

De verhoging van het eigen risico is minder goed bekend bij:

- jongeren (< 25jr): 76% zegt: 'Ja, het eigen risico is verhoogd';
- de laagste inkomenscategorie (< €12.500 bruto): 77% zegt: 'Ja, het eigen risico is verhoogd',

2.4 Persoonlijke gezondheid en de bekendheid van eigen risico

In de vragenlijst is door het voorleggen van enkele stellingen een indruk verkregen van hoe respondenten hun eigen gezondheid inschatten. Op basis hiervan is bepaald of mensen zichzelf in enige mate tot één of meerdere van de volgende groepen rekenen:

A. Mensen die vaker gezondheidsklachten hebben dan anderen van hun leeftijd.
B. Mensen die verwachten dat hun gezondheid binnenkort achteruit zal gaan.
C. Mensen die hun gezondheid uitstekend vinden.
D. Mensen die chronische gezondheidsklachten hebben.

Onder geen van de vier groepen bestaat aanleiding te veronderstellen dat men consequent beter of minder goed geïnformeerd is over wat nu wel en niet onder het eigen risico valt. Wel is het zo dat mensen die aangeven hun eigen gezondheid uitstekend te vinden (groep C), minder vaak het eigen risico bedrag in 2013 correct weet te benoemen (70%) dan de groep die niet bevestigt dat de eigen gezondheid uitstekend is (77%).

Het eigen risico bedrag in 2012 wordt relatief vaak correct genoemd door mensen die zeggen vaker dan leeftijdgenoten gezondheidsklachten te ondervinden, verwachten dat de gezondheid binnenkort achteruit zal gaan en mensen die chronische klachten hebben. Het lijkt erop dat zij, gezien hun gezondheidszorgen, in het verleden al meer te maken hebben gekregen met de zorg en dus ook het eigen risico.

2.5 Zorgtoeslag en relatie met verhoging eigen risico

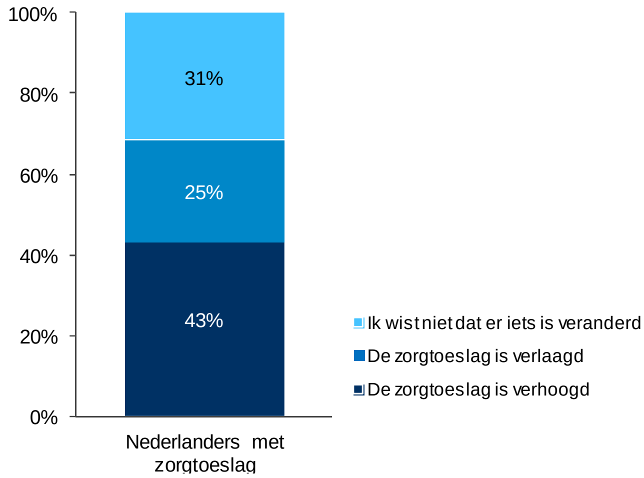
Voor Nederlanders met recht op zorgtoeslag is – parallel aan en voortvloeiend uit de verhoging van het eigen risico – de zorgtoeslag verhoogd. Voor verzekerden met een inkomen tot aan het wettelijk minimum loon is de extra verhoging van het verplicht eigen risico bedrag (€115) zelfs één op één gecompenseerd door een verhoging van de zorgtoeslag met datzelfde bedrag.

Bij mensen die aangeven zorgtoeslag te ontvangen, lijkt de kennis over de verhoging van die zorgtoeslag in eerste instantie niet heel groot te zijn[1] (zie figuur 2.6). Van hen zegt 43% te weten dat er sprake is geweest van een verhoging per 1 januari 2013.

Figuur 2.6: Bekendheid verhoging zorgtoeslag

[1] Uiteraard bestaat wel de mogelijkheid dat de zorgtoeslag op individueel niveau lager is komen te liggen als gevolg van wijzigingen op ander vlak (bv. nieuwe baan, salarisverhoging).

Nederlanders 18+, met een gezondheidsklacht én ontvangers van zorgtoeslag.



Als toegelicht wordt dat (een deel van) de verhoging van de zorgtoeslag in 2013 feitelijk een compensatie is voor de verhoging van het wettelijk eigen risico, dan geeft 42% van de ontvangers van zorgtoeslag aan hiervan op de hoogte te zijn. Met andere woorden: 58% van de zorgtoeslagontvangers is zich niet bewust dat de verhoging van hun zorgtoeslag een compensatie is voor de verhoging van het eigen risico.

2.6 Conclusie

In dit hoofdstuk is voor de groep Nederlanders die in 2012 of 2013 (t/m augustus) te maken heeft gekregen met een gezondheidsklacht, in kaart gebracht in hoeverre men bekend is met het eigen risico en de veranderingen daarin.

De belangrijkste inzichten zijn als volgt samen te vatten:

- Circa driekwart (73%) van de Nederlanders van 18+ met een gezondheidsklacht geeft aan *precies* op de hoogte te zijn van wat het eigen risico inhoudt.
- Circa driekwart (71%) van de Nederlanders van 18+ met een gezondheidsklacht weet het correcte eigen risicobedrag in 2013 (€350,-) te noemen. Dit geldt in sterkere mate voor ouderen (55+), laag en middelbaar opgeleiden, huishoudens met inkomens tot €65.000,- en één- en tweepersoonshuishoudens.
- De hoogte van het eigen risico bedrag in 2012 (€220,-) wordt nog door circa een kwart van dezelfde groep (Nederlanders 18+ met gezondheidsklacht) goed herinnerd. Deze herinnering blijkt beter onder ouderen (65+), laag opgeleiden, huishoudens met inkomens net onder het wettelijk minimum loon (€12.500 - €19.044 bruto) en tweepersoonshuishoudens.
- De verhoging van het eigen risico in 2013 is bekend bij 90% van de Nederlanders 18+ met een gezondheidsklacht, maar wel in iets mindere mate (76%) bij jongeren (< 25jr) en de laagste inkomensklasse (77%).
- De relatie tussen de verhoging van de zorgtoeslag en de verhoging van het verplicht eigen risico per 2013 wordt door 58% van de direct betrokkenen (=ontvangers van zorgtoeslag) niet in verband gebracht met de recente verhoging van het eigen risico.

3. Keuzes in zorggebruik

Een belangrijke vraag bij het beoordelen van de eventuele effecten van de verhoging van het eigen risico in 2013 van €220 naar €350 is wat de invloed is op de zorgconsumptie: is er sprake van een bewuster keuzegedrag dat kan leiden tot uitstel of afzien van zorgverlening?

Er wordt in dat verband vaak over 'zorgmijding' gesproken. Het begrip zorgmijding heeft een negatieve connotatie. De notie 'ongewenste zorgmijding' klinkt daardoor dubbelop, terwijl 'gewenste zorgmijding' in zichzelf tegenstrijdig lijkt, want de op zich heel neutrale denotatie van mijding wordt overschaduwd door de gevoelswaarde van het begrip dat intrinsiek negatief is. Zorgmijding wordt in dit onderzoek evenwel heel neutraal bedoeld. Het is het afzien van zorg - niet meer, niet minder. Dat kan ongewenst zijn; bijvoorbeeld als iemands gezondheid daardoor onnodig achteruit gaat. Het kan ook gewenst zijn; onnodig bezoek aan zorgverleners kost onnodig veel geld.

3.1 Afzien van zorg: hoe te duiden?

We zullen hier trachten te komen tot een concrete invulling van gewenst en ongewenst afzien van zorg. Dat doen wij met behulp van de antwoorden van gewone Nederlanders die via het onderzoek rapporteren over hun afwegingen. Dat is natuurlijk geen medisch onderbouwde redenering. Een belangrijke vraag is dus: in hoeverre is er sprake van gewenst afzien van zorg en in hoeverre van ongewenst afzien van zorg?

Om tot die vaststelling te komen is aan respondenten gevraagd of zij in 2012 en/of 2013 wel eens problemen hebben gehad met hun eigen gezondheid. Vervolgens is aan de ondervraagden die hadden aangegeven in 2012 en/of 2013 wel eens gezondheidsproblemen te hebben gehad gevraagd of zij hebben overwogen contact te zoeken met een zorgverlener. Aan de respondenten die dit overwogen hebben, is vervolgens gevraagd of zij wel eens zorg hebben gemeden.

Kortom, afzien van zorg is bepaald op basis van:

- Verzekerden van 18 jaar en ouder.
- Daarvan: iedereen met een klacht in 2012 en/of 2013.
- Daarvan: iedereen die heeft overwogen om daarvoor naar een zorgverlener te gaan.
- Daarvan: iedereen die - ook uiteindelijk - niet naar een zorgverlener is gegaan.

Vervolgens is bij degenen die afzien van zorg ingezoomd op de laatste keer dat sprake was van een klacht, waarbij zij hebben overwogen een zorgverlener te contacteren maar dit niet hebben gedaan. Deze concentratie op 'de laatste keer' hebben wij toegepast om een aselecte verzameling te verkrijgen van gevallen waar sprake was van zorgmijding. Zo wordt voorkomen dat de respondenten zelf een selectie maken op basis van bijvoorbeeld de 'ergste klacht'.

Vervolgens hebben wij aan de betreffende respondenten een reeks met redenen voorgelegd die zij kunnen hebben gehad om geen contact te zoeken met een zorgverlener. De volledigheid van dit overzicht met redenen hebben wij getoetst tijdens de kwalitatieve test van de vragenlijst

Dit heeft uiteindelijk geresulteerd in de volgende mogelijke redenen om af te zien van zorg. Er spelen vaak meerdere motieven een rol, waardoor het totaal van de percentages niet optelt tot 100.

- Ik vond mijn klachten niet ernstig genoeg/ik had er niet echt last van (71%)
- Ik wilde het probleem zelf oplossen (61%)
- Ik dacht dat het vanzelf wel over zou gaan (76%)
- Ik had geen tijd voor een bezoek of voor een behandeling (32%)
- Ik was bang dat ik iets ergs had (17%)
- Ik zag op tegen de (eventuele) behandeling (33%)
- Ik zag op tegen de (eventuele) kosten die ik dan zou moeten betalen (41%)
- Ik ga pas naar de dokter als ik ernstige klachten ervaar (80%)
- Er was sprake van een misverstand (4%)
- Ik heb weinig vertrouwen (meer) in dokters (24%)
- Het heeft voor mij geen zin om naar een dokter te gaan, ze kunnen me toch niet (meer) helpen (21%)
- Ik had geen zin in de rompslomp van het maken van een afspraak of van een behandeling (43%)

De percentages zijn gebaseerd op alle redenen die in enige mate meespeelden bij het afzien van zorg in 2012 en 2013 (t/m augustus) voor de groep die op enig moment zorg heeft overwogen, maar daar uiteindelijk van heeft afgezien. Later in dit rapport zullen wij dieper ingaan op de betekenis van de hier door de respondenten gegeven antwoorden.

De ondervraagden is voorts ook nog de gelegenheid geboden om aan te geven of er toch misschien ook nog andere redenen een rol speelden. Tevens is aan hen gevraagd aan te geven hoe belangrijk elk van de genoemde redenen was. Nadat is vastgesteld wanneer de betreffende klacht heeft plaatsgevonden, waar de klacht betrekking op had en welke zorgverlener is overwogen te contacteren, is gevraagd of de klachten in de loop van de tijd zijn verergerd, gelijk gebleven, verminderd of verdwenen.

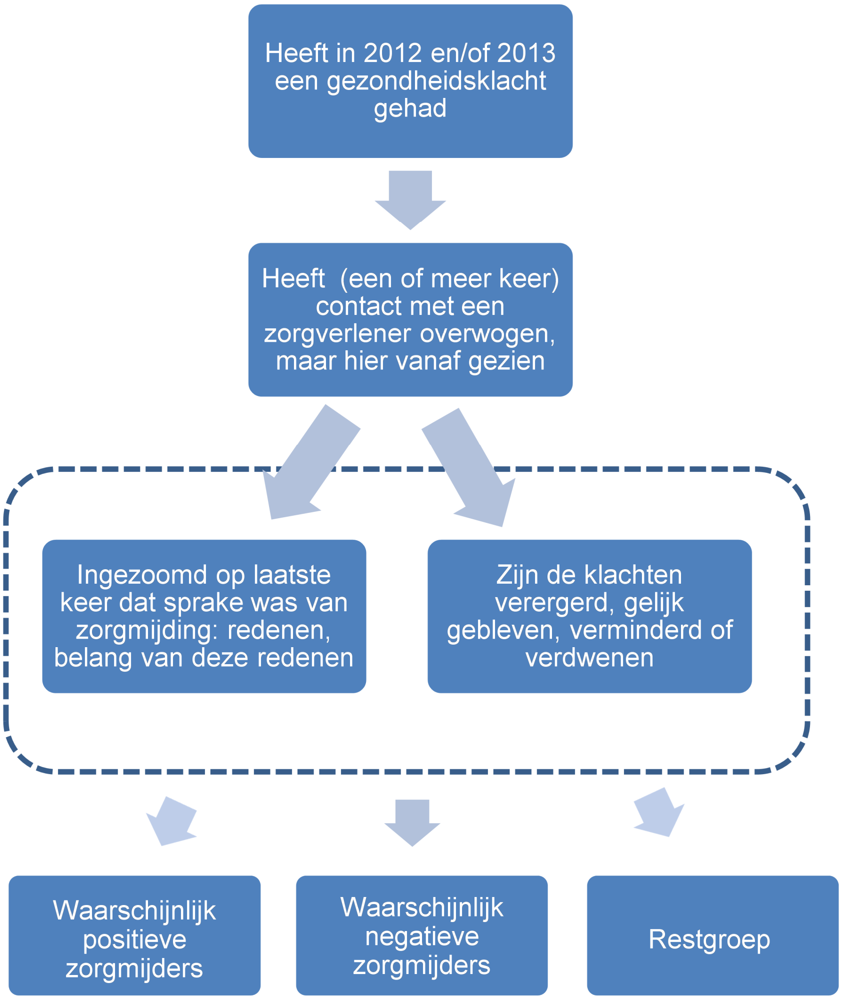
Met name de vraag naar de ontwikkeling van de klachten, de vraag of men alsnog contact met een zorgverlener heeft gezocht als de klachten aanhielden en de redenen die men heeft genoemd om af te zien van zorg leiden tot een categorisering van de groep respondenten, waarbij waarschijnlijk sprake is van ongewenste zorgmijding, de groep waarbij het waarschijnlijk gewenst te kwalificeren is dat zij hebben afgezien van zorg en een restgroep waarbij het onduidelijk is of de mijding waarschijnlijk gewenst dan wel ongewenst te noemen is. Figuur 3.1 geeft hiervan een schematisch overzicht.

Waarschijnlijk ongewenste mijding

De duiding van zorgmijding is complex. We spreken van waarschijnlijk ongewenste mijding van zorg als de klachten zich verergerd hebben en het niet ging om klachten die niet ernstig waren.

In de tweede plaats hebben we het over ongewenste mijding als niet naar zorgverlener is gegaan omdat men bang was iets ergs te hebben. In de derde plaats is het ongewenst zorg te mijden omdat men opzag tegen de behandeling. En tenslotte beschouwen we het als ongewenst als de zorg is gemeden omdat men weinig vertrouwen (meer) in artsen heeft.

Figuur 3.1 Categorisering zorgmijding (op basis van: Nederlanders 18+)



Gewenste mijding
Wanneer spreken we over waarschijnlijk gewenste mijding van zorg? In de eerste plaats als de klachten vanzelf verdwenen zijn. In de tweede plaats als de klachten niet ernstig waren. Alle mensen die aangaven bang te zijn iets ergs te hebben, die opzien tegen de behandeling en die weinig vertrouwen (meer) hebben in artsen zijn bij ongewenst ingedeeld, ook als hun klacht verdwenen was of niet ernstig was.

Restgroep
Na deze criteria te hebben toegepast op de verzamelde gegevens ontstaat een onderscheid tussen waarschijnlijk gewenste en waarschijnlijk ongewenste zorgmijding. Wat resteert, is een groep respondenten waarvan op basis van de geëxpliciteerde criteria niet gezegd kan worden dat we waarschijnlijk te maken hebben met gewenst dan wel ongewenst afzien van zorg. Als klachten bijvoorbeeld gelijk blijken te zijn gebleven, is bijvoorbeeld niet vast te stellen of het niet naar een zorgverlener gaan in dat geval gewenst of niet gewenst was: dat kan namelijk per situatie verschillen. Om de mate van (on)wenselijkheid van zorgmijding in deze gevallen beter te kunnen duiden, zou kwalitatief vervolgonderzoek eigenlijk noodzakelijk zijn.
Recapitulerend wordt het onderscheid tussen het waarschijnlijk ongewenste en waarschijnlijk gewenst mijden van zorg gemaakt op basis van de volgende criteria:

Waarschijnlijk ongewenst afzien van zorg:
- als de klachten zijn verergerd en men niet aangeeft dat de klachten niet ernstig waren
- als men bang was iets ergs te hebben
- als men opzag tegen de behandeling
- als men weinig vertrouwen heeft in artsen.

Waarschijnlijk gewenst afzien van zorg:
- als de klachten zijn verdwenen
- als men last heeft gehad van niet-ernstige klachten, tenzij:
    - men bang was iets ergs te hebben
    - men opzag tegen de behandeling
    - men weinig vertrouwen heeft in artsen.

Restgroep:
- alle anderen

Tabel 3.1 toont de verhoudingen tussen de aldus gevormde groepen zorgmijders.

Tabel 3.1: typologie afzien van zorg
Nederlanders 18+ met een gezondheidsklacht in 2012/2013

	% van zorgmijders
Waarschijnlijk gewenste zorgmijding	37,3%
Waarschijnlijk ongewenste zorgmijding	19,7%
Restgroep (onbepaald)	43,0%
Totaal zorgmijders	**100,0%**

In totaal heeft 20,2% van de Nederlandse bevolking in de periode januari 2012 t/m augustus 2013 wel eens afgezien van zorg, terwijl ze wel hadden overwogen er gebruik van te maken. Per type gaat het om:

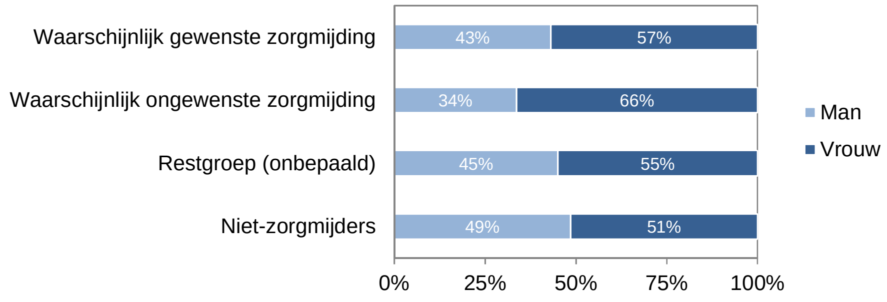
Waarschijnlijk gewenste zorgmijding	7,5% van de Nederlandse bevolking 18+
Waarschijnlijk ongewenste zorgmijding	4,0% van de Nederlandse bevolking 18+
Restgroep (onbepaald)	8,7% van de Nederlandse bevolking 18+
Totaal zorgmijding	**20,2% van de Nederlandse bevolking 18+**

In de periode januari 2012 t/m augustus 2013 kreeg in totaal 74% van de Nederlanders 18+ minimaal eens te maken met een gezondheidsklacht.
In totaal heeft 27,4% van die groep met een klacht wel eens afgezien van zorg, terwijl ze wel hadden overwogen er gebruik van te maken. Uitgesplitst naar type:

Waarschijnlijk gewenste zorgmijding	10,2% van de bevolking 18+ met een klacht
Waarschijnlijk ongewenste zorgmijding	5,4% van de bevolking 18+ met een klacht
Restgroep (onbepaald)	11,8% van de bevolking 18+ met een klacht
Totaal zorgmijding	**27,4% van de bevolking 18+ met een klacht**

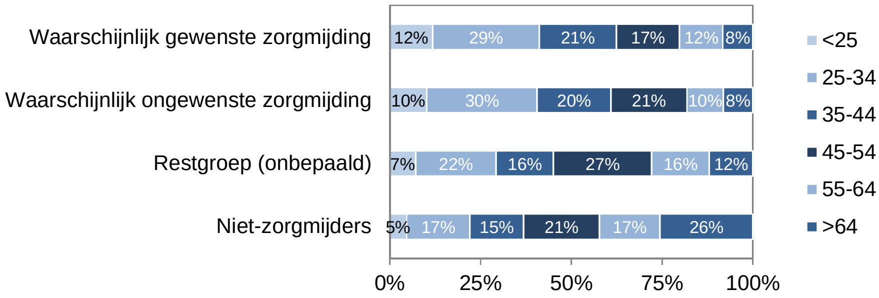
3.2 Achtergronden van de typen zorgmijders

Figuur 3.2 Sekseverhoudingen
Nederlanders 18+ met een gezondheidsklacht in 2012/2013



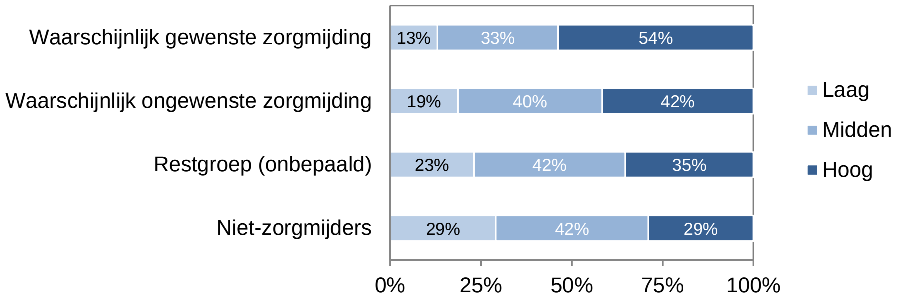
De groep waarbij waarschijnlijk sprake is van ongewenste zorgmijding bestaat voor een relatief groot deel uit vrouwen: 66% tegen 57% bij “waarschijnlijk gewenste” zorgmijders en 55% bij de restgroep.

Figuur 3.3 Leeftijdsverdeling
Nederlanders 18+ met een gezondheidsklacht in 2012/2013



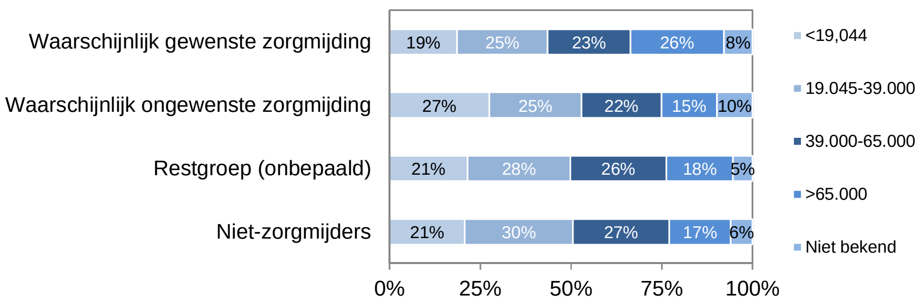
Personen die op basis van het onderzoek konden worden getypeerd als waarschijnlijk gewenste en waarschijnlijk ongewenste zorgmijders zijn relatief vaak jonger dan 35 jaar. Opvallend is eveneens het relatief grote aandeel 65 plussers onder de niet-zorgmijders: zij gaan blijkbaar vaker naar een zorgverlener in het geval van een gezondheidsklacht.

Figuur 3.4 Opleidingsniveau per type zorgmijder
Nederlanders 18+ met een gezondheidsklacht in 2012/2013



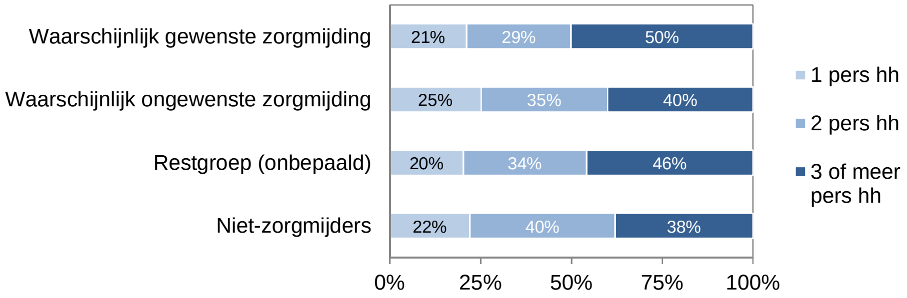
Ten opzichte van niet-zorgmijders zijn hoogopgeleiden relatief oververtegenwoordigd in de groepen zorgmijders; vooral bij de groep gewenste zorgmijders, maar ook in iets mindere mate bij waarschijnlijk ongewenste zorgmijders.

Figuur 3.5 Huishoudensinkomen (bruto) per type zorgmijder
Nederlanders 18+ met een gezondheidsklacht in 2012/2013



In de groep waar waarschijnlijk sprake is van ongewenste zorgmijding is de groep met een bruto huishoudeninkomen tot €19.044,- (het wettelijk minimumloon) relatief sterker vertegenwoordigd dan andere groepen. Daarbij moet in nuancerende zin wel worden gezegd dat de zorgtoeslag als compensatie voor de zorgkosten binnen die groep relatief onbekend blijkt te zijn. Bij de degenen die gewenst afzien van zorg zien we juist de groepen met een hoger inkomen oververtegenwoordigd.

Figuur 3.6 Huishoudengrootte per type zorgmijder
Nederlanders 18+ met een gezondheidsklacht in 2012/2013



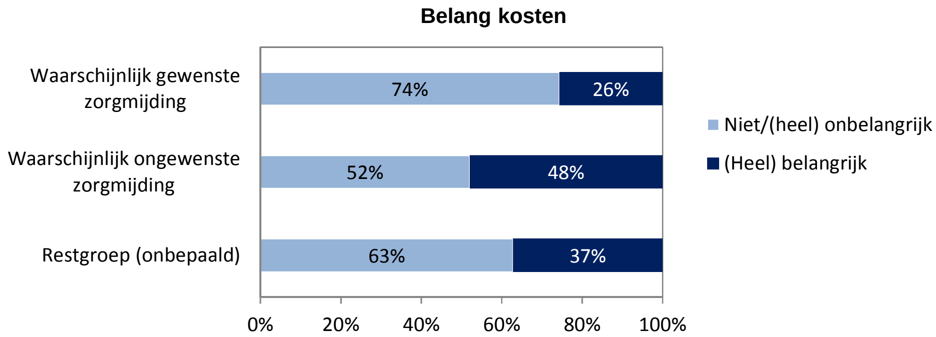
Degenen die waarschijnlijk gewenst afzien van zorg zijn, in vergelijking met de niet-zorgmijders vaker afkomstig uit een drie- of meerpersoonshuishouden. Voor het overige zien we geen wezenlijke verschillen tussen de groepen.

3.3 Het belang van kosten

Voor de drie typen zorgmijders is in beeld gebracht:

1) Of kosten een rol speelden bij het laatste voorval waarbij uiteindelijk besloten is om geen contact te zoeken met een zorgverlener.
2) Zo ja, hoe belangrijk kosten in dat geval waren bij die afweging.

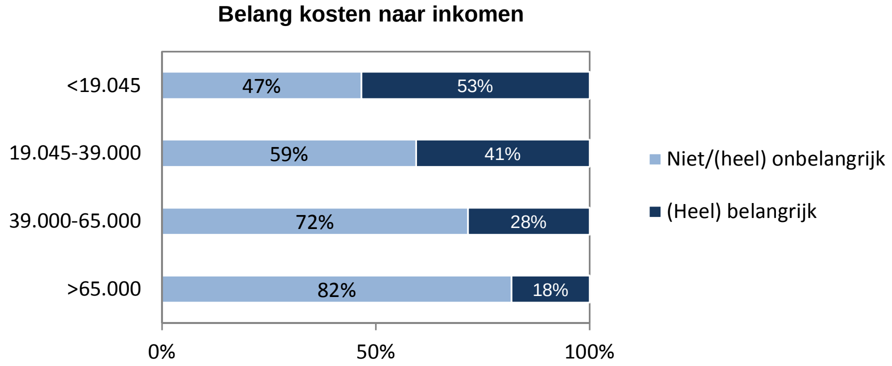
Figuur 3.7a: belang kosten bij afweging om geen gebruik te maken van de zorg (2012/2013)
Nederlanders 18+ met een gezondheidsklacht in 2012/2013 – zorgmijders 2012/2013



De kosten blijken vooral voor de 'waarschijnlijk ongewenste zorgmijders' in 2012 en 2013 een argument om geen gebruik te gaan maken van de zorg: 48% geeft aan dat dit voor hen (heel) belangrijk was bij hun afweging (zie figuur 3.7a). Voor 52% spelen andere redenen een (heel) belangrijke rol.

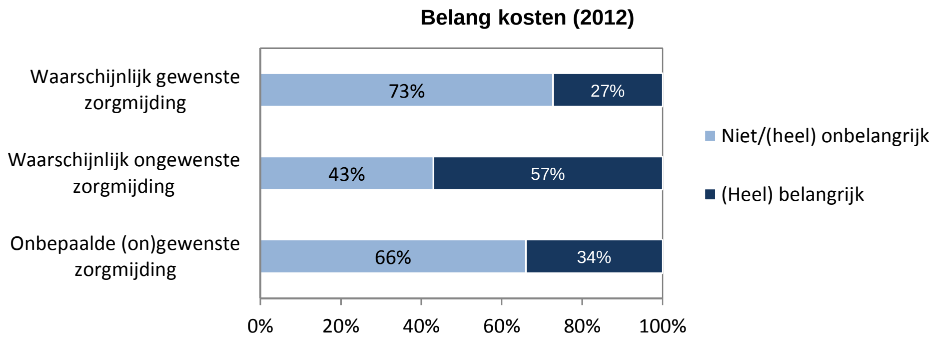
Uitgesplitst naar inkomensklassen (zie figuur 3.7b) wordt duidelijk dat kosten - als argument om uiteindelijk af te zien van zorg - relatief vaker als (heel) belangrijk worden bestempeld door mensen uit de lagere inkomensklassen.

Figuur 3.7b: belang kosten bij afweging om geen gebruik te maken van de zorg, per klasse huishoudinkomen
Nederlanders 18+ met een gezondheidsklacht in 2012/2013 – zorgmijders 2012/2013

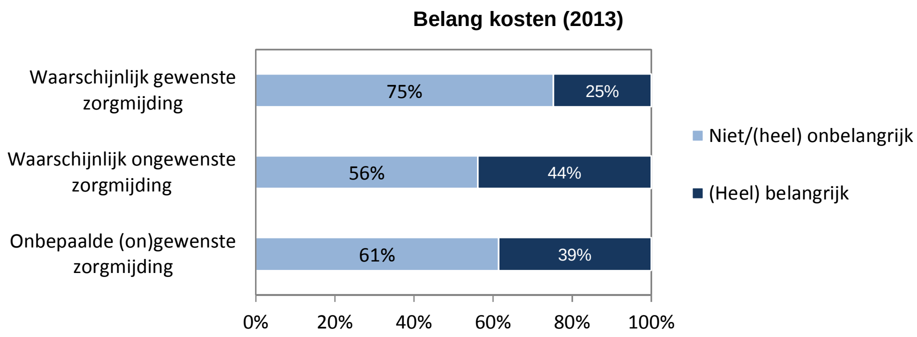


Tussen de waarschijnlijk ongewenste zorgmijders in 2012 en 2013 zien we een opvallend verschil in het belang van kosten bij de keuze om af te zien van zorg: van respondenten die in 2012 waarschijnlijk ongewenst hebben afgezien van zorg, geeft 57% aan dat dit voor hen (heel) belangrijk was bij hun afweging. Bij diegenen die in 2013 hebben afgezien van zorg, geeft 44% aan dat kosten een (heel) belangrijke rol hebben gespeeld. Bij de waarschijnlijk gewenste zorgmijders is dat lager: 27% in 2012 en 25% in 2013. In het kader van de verhoging van het verplichte eigen risico valt op dat het belang van kosten ook in 2013 een belangrijk argument is om af te zien van zorg is, maar dat dit percentage wel lager is dan in 2012.

Figuur 3.7c: belang kosten bij afweging om geen gebruik te maken van de zorg (2012)
Nederlanders 18+ met een gezondheidsklacht in 2012/2013 – zorgmijders laatste voorval 2012



Figuur 3.7d: belang kosten bij afweging om geen gebruik te maken van de zorg (2013)
Nederlanders 18+ met een gezondheidsklacht in 2012/2013 – zorgmijders laatste voorval 2013



Kosten spelen dus in zekere mate een rol bij het afzien van een contact met een zorgverlener; dit geldt vooral voor de groep waar waarschijnlijk sprake is van het ongewenst afzien van zorg. Dit zegt echter nog niet direct iets over de rol van het eigen risico zelf, of meer specifiek de verhoging daarvan.

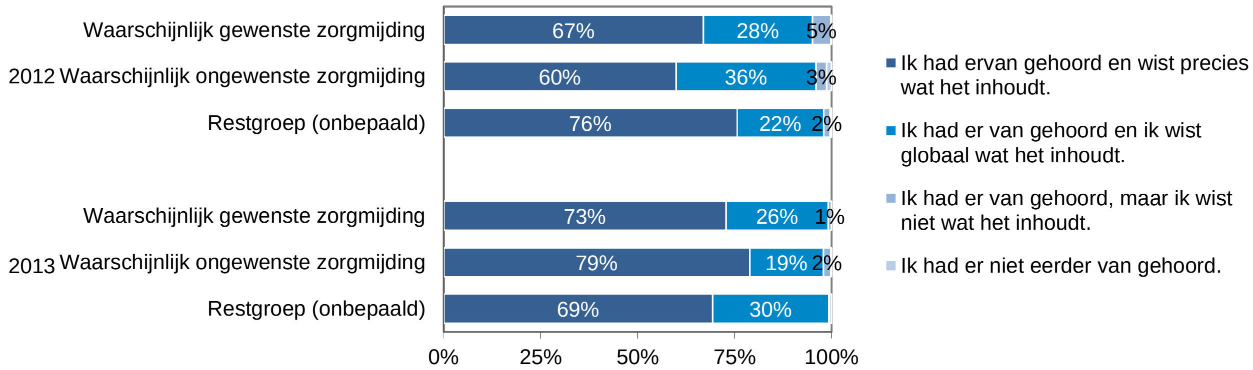
3.4 De kennis over het eigen risico

Vrijwel iedereen weet dat niet alle zorg onder het eigen risico valt, blijkt op basis van het onderzoek. De precieze kennis over wat er nu wel en wat er niet onder het eigen risico valt, is slechts in beperkte mate aanwezig. Het bezoek aan de huisarts valt niet onder het eigen risico, zo weet circa driekwart van de mensen die in 2012 en/of in 2013 tot en met begin september een gezondheidsklacht heeft gehad. Bijna één op de vijf denkt wel dat een consult bij de huisarts hen kosten oplevert.

Van de mensen die waarschijnlijk ongewenst afzien van zorg, bezoekt de helft de huisarts niet omdat ze denken dat ze voor het bezoek moeten betalen terwijl dat niet zo is. Bij deze groep is niet alleen sprake van het misverstand dat ze voor een bezoek aan een huisarts moeten betalen: ze zeggen ook expliciet dat ze hebben afgezien van het inschakelen van een huisarts vanwege de kosten en dat ze kosten belangrijk vinden. Dit betreft 1,8% van de Nederlandse bevolking.

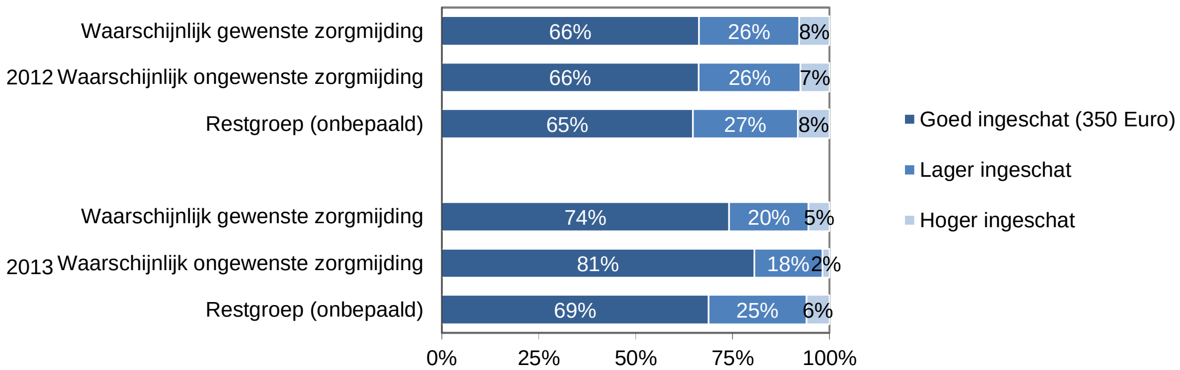
De betekenis van het eigen risico per doelgroep wordt nu in kaart gebracht, rekening houdend met het jaar waarin de gezondheidsklacht zich voordeed, om zo te kunnen beschouwen of er verschillen zijn aan te wijzen tussen een voorval dat in 2012 of 2013 plaatsvond.

Figuur 3.8: bekendheid eigen risico per type zorgmijder
Nederlanders 18+ met een gezondheidsklacht in 2012/2013 – zorgmijders2012/2013



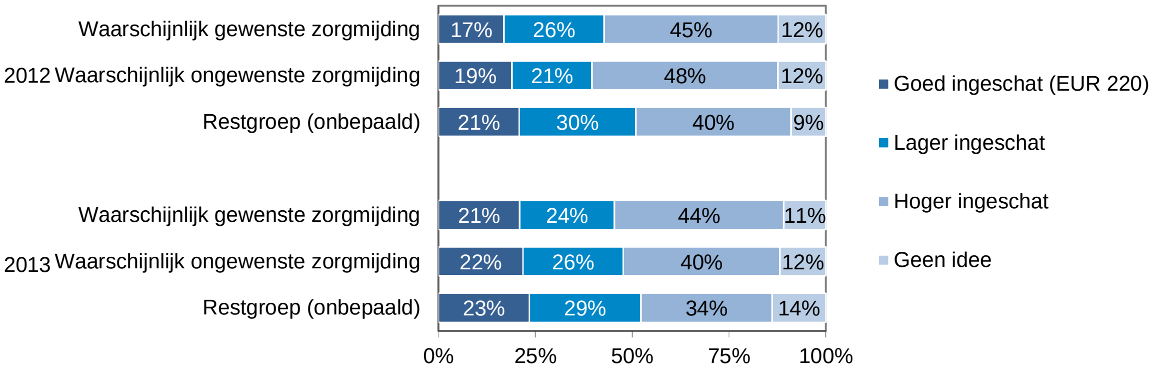
Vooral de groep waarschijnlijk ongewenste zorgmijders met een laatste voorval in 2013 geeft vaker aan precies te weten wat het eigen risico inhoudt dan de groep met een laatste voorval in 2012.

Figuur 3.9: bekendheid hoogte ER in 2013 per type zorgmijder
Nederlanders 18+ met een gezondheidsklacht in 2012/2013 – zorgmijders 2012/2013



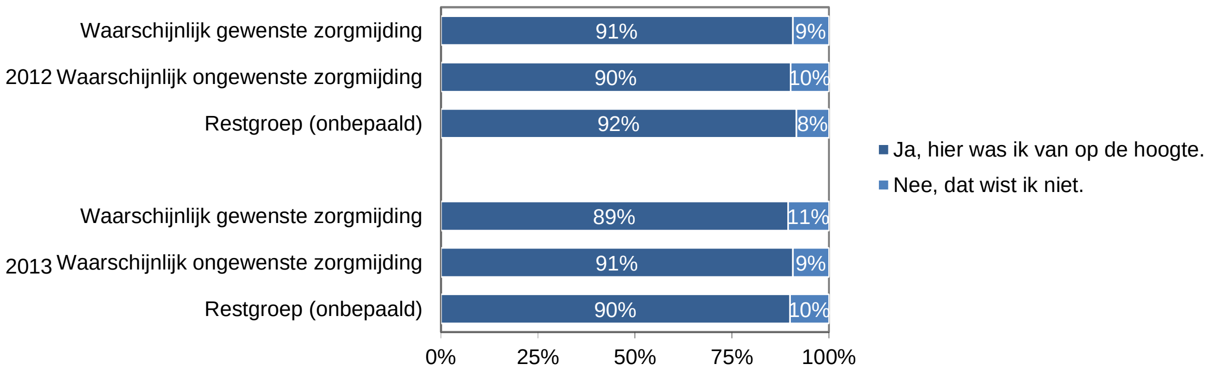
De bekendheid van het eigen risico in 2013 is groter bij de groep, waarvan het laatste voorval recentelijk - in 2013 - plaatsvond.

Figuur 3.10: bekendheid hoogte ER in 2012 per type zorgmijder
Nederlanders 18+ met een gezondheidsklacht in 2012/2013 – zorgmijders 2012/2013



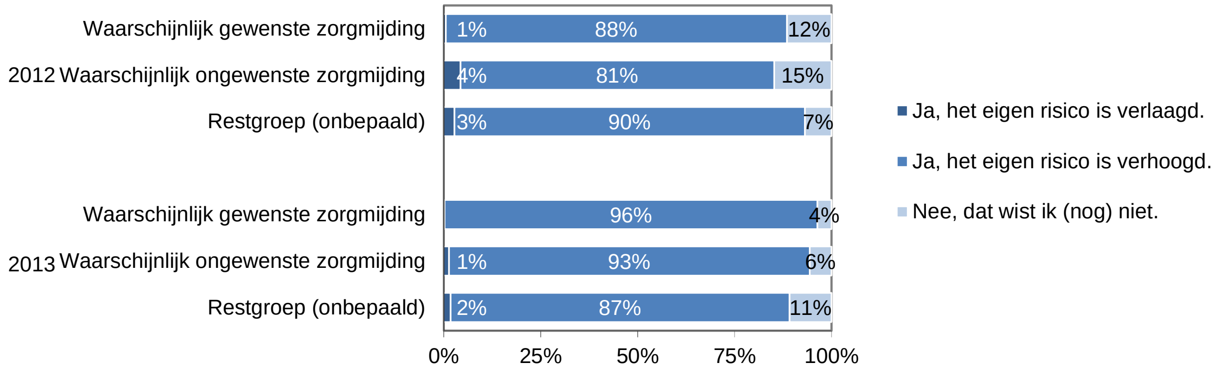
De bekendheid van het 'oude' eigen risico bedrag is iets groter onder mensen van wie het laatste mijdingsvoorval heeft plaatsgevonden in 2013. Dit kunnen mogelijk mensen zijn die vaker een gezondheidsklacht hebben.

Figuur 3.11: bekendheid dat niet alle zorg onder ER valt, per type zorgmijder
Nederlanders 18+ met een gezondheidsklacht in 2012/2013 – zorgmijders 2012/2013



Tussen de groepen zijn geen verschillen zichtbaar in de mate waarin men aangeeft te weten dat bepaalde typen zorg niet binnen het eigen risico vallen (zie figuur 3.11).

Figuur 3.12: bekendheid verhoging ER, per type zorgmijder
Nederlanders 18+ met een gezondheidsklacht in 2012/2013 – zorgmijders 2012/2013



Voor wat betreft de bekendheid van de verhoging van het eigen risico geldt dat deze onder alle groepen erg groot is. Bij personen die in 2012 voor het laatst in gewenst of juist ongewenste zin zorg hebben gemeden, blijkt een iets groter deel in 2013 nog niet te weten van de verandering.

3.5 Wat te doen bij zelfde voorval in ander jaar?

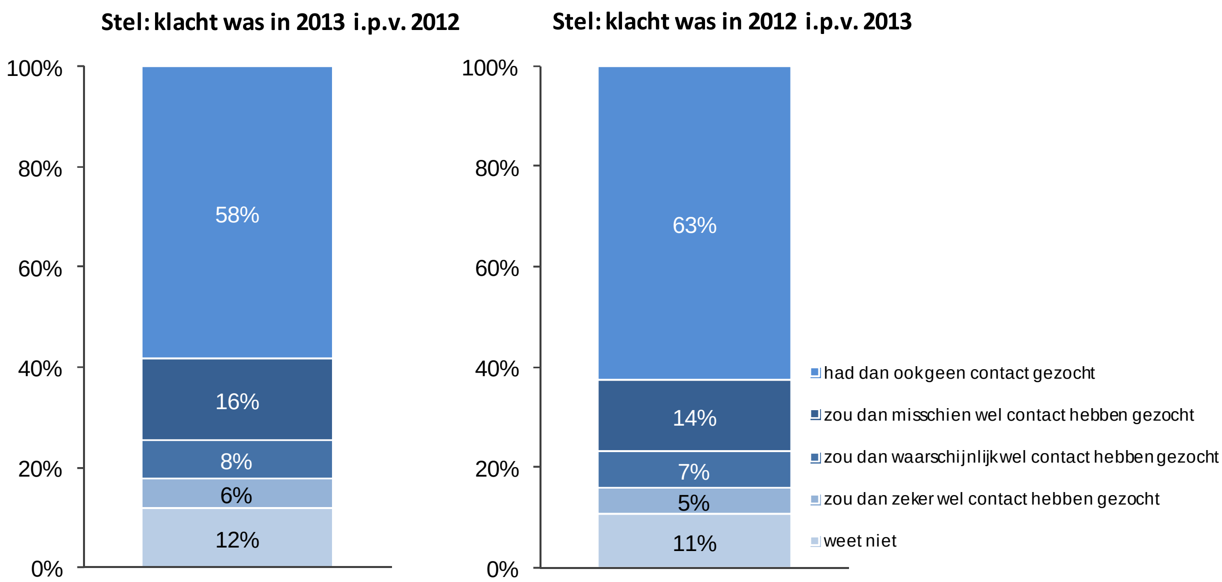
Aan respondenten is voor het laatste voorval, waarbij door hen is besloten geen contact te gaan zoeken met een zorgverlener, gevraagd of zij dat wel zouden doen als de gezondheidsklacht zich in een ander jaar had voorgedaan.

Anders gezegd:

- Voor mensen waarbij het laatste voorval van zorgmijding in 2013 plaatsvond, is gevraagd of zij wel contact zouden hebben gezocht met een zorgverlener als hetzelfde probleem zich in 2012 in plaats van 2013 had voorgedaan.
- En andersom: voor mensen waarbij het laatste voorval van zorgmijding in 2012 plaatsvond, is gevraagd of zij wel contact zouden hebben gezocht met een zorgverlener als hetzelfde probleem zich in 2013 in plaats van 2012 had voorgedaan.

Vooral de eerste vraag is interessant met betrekking tot één van de hoofdvragen binnen dit onderzoek, namelijk: welke effecten heeft de verhoging van het verplicht eigen risico per 1-1-2013 gehad op de zorgconsumptie in 2013 ten opzichte van die in 2012? In 2012 gold immers het lagere verplichte eigen risico bedrag.

Figuur 3.13: wat als voorval in ander jaar had plaatsgevonden, alle zorgmijders
Nederlanders 18+ met een gezondheidsklacht in 2012/2013 – zorgmijders 2012/2013



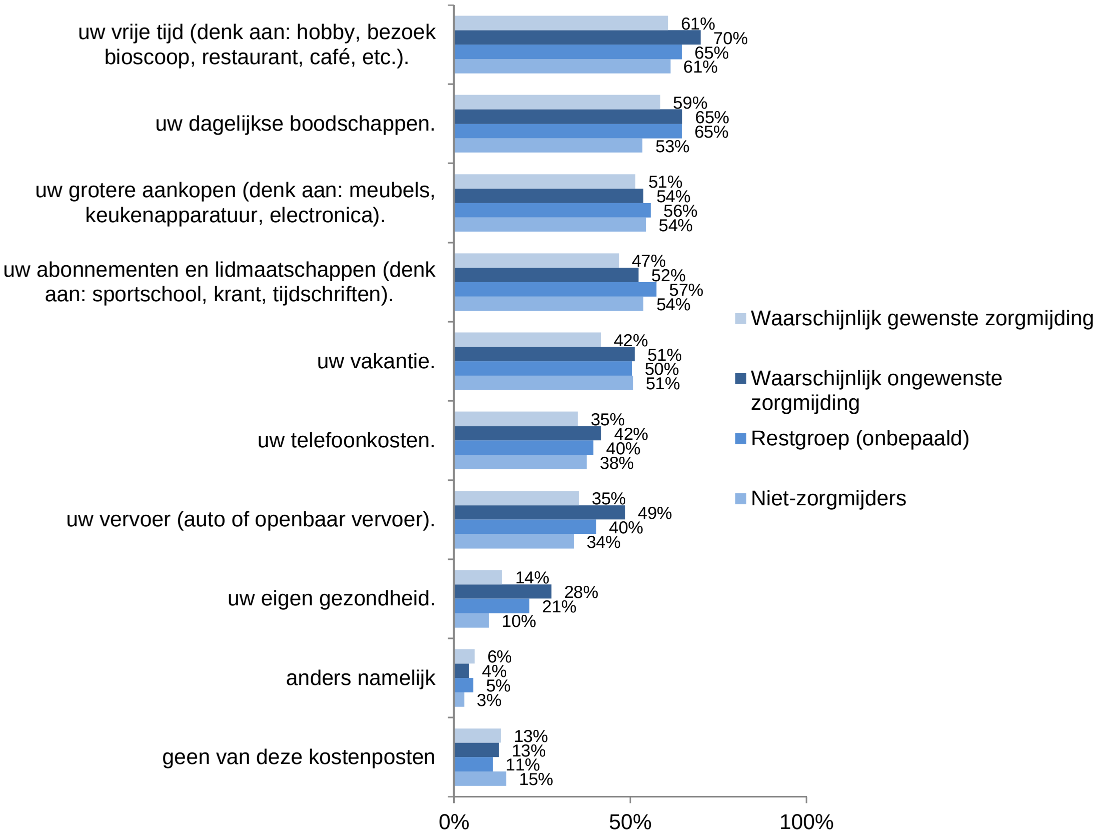
Wat duidelijk wordt uit de figuren is dat 26 tot 30% van de mensen aangeeft toch misschien, waarschijnlijk of zeker een zorgverlener op te gaan zoeken. Circa 60% van de groep mensen die zorg heeft gemeden, zou dit voor dezelfde klacht consequent blijven doen, ook al was de klacht in een ander jaar opgetreden.

Aan de respondenten die in 2013 hebben afgezien van zorg is gevraagd wat zij gedaan zouden hebben als zij precies dezelfde klacht in 2012 zouden hebben gehad. In dat jaar gold immers het lagere verplichte eigen risico bedrag. Aan de mensen die bij deze vraag aangaven mogelijkerwijs in 2012 dan wel naar een zorgverlener zouden te zijn gegaan, is aansluitend gevraagd waarom ze dat zouden hebben gedaan. In reactie op deze vraag noemt 14% de verhoging van het eigen risico per 2013 als reden, uitgedrukt als percentage van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder komt dat neer op 0,5%. In één zin gezegd: voor 0,5% van de Nederlandse bevolking geldt dat als het eigen risico in 2013 niet was verhoogd zij dan mogelijkerwijs wel naar een zorgverlener waren gegaan. Ongeveer de helft van deze 0,5% zou dit ‘misschien’ hebben gedaan, de andere helft zou dit ‘waarschijnlijk wel’ of ‘zeker’ hebben gedaan. Uitgedrukt als percentage van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder met een gezondheidsklacht komt het aandeel van deze groep uit op 0,7%.

3.6 Bestedingsprioriteiten en financieel-economische situatie van het huishouden

Mensen die in 2012 of 2013 te maken kregen met een gezondheidsklacht, is gevraagd naar de prioriteiten die men legt in het bestedingspatroon (zie figuur 3.14).

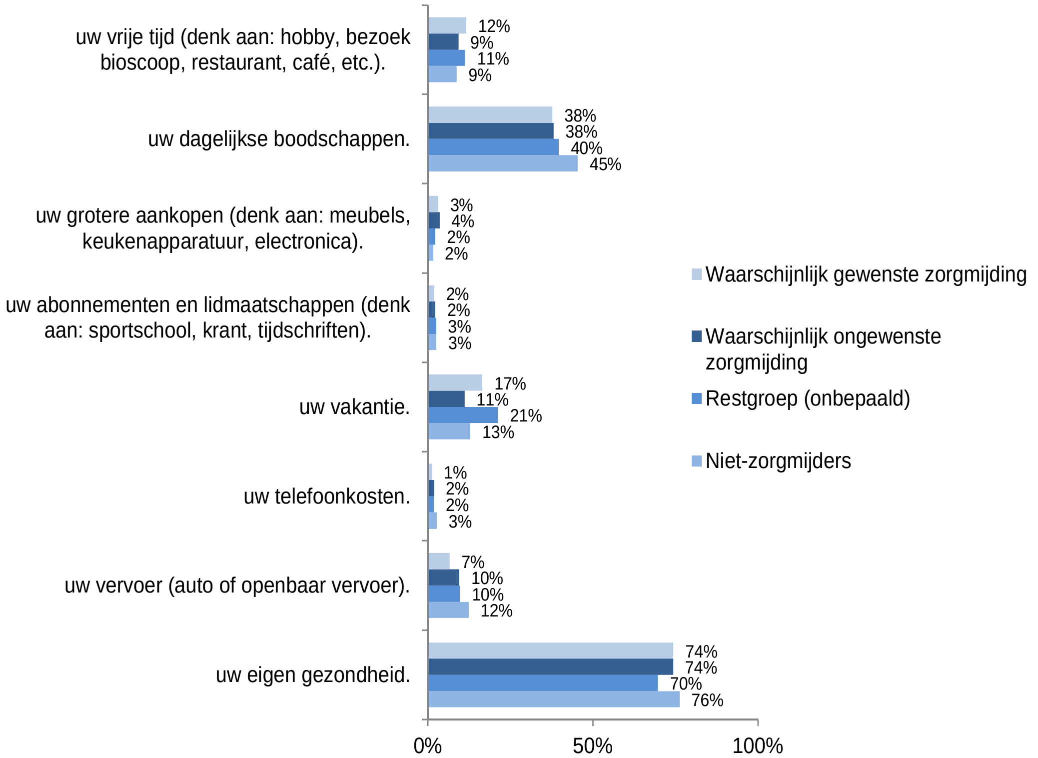
Figuur 3.14: afgelopen jaar bezuinigd op …
Nederlanders 18+ met een gezondheidsklacht in 2012/2013



Figuur 3.14 toont op welke kostenposten de drie typen zorgmijders wel eens hebben bezuinigd. Ter vergelijking zijn ook zij die wel een gezondheidsklacht hebben gehad maar geen zorg hebben gemeden, in de grafiek opgenomen.
Vrijwel iedereen heeft in het afgelopen jaar ergens op bezuinigd (zowel mensen die afzagen van zorg als mensen die dat niet deden). De prioriteiten die de verschillende groepen daarbij stellen, zijn ongeveer gelijk: op zorg heeft men het afgelopen jaar minst bezuinigd, gevolgd door vervoer, daarna telefoonkosten en daarna vakantie. Het meest is er bezuinigd op vrije tijd (hobby, bezoek bioscoop, restaurant, café etc). De groep ‘waarschijnlijk ongewenste zorgmijders’ heeft wel in sterkere mate bezuinigd op een aantal posten. Dat geldt ook voor bezuinigingen op de eigen gezondheid. Bij de groep mensen die wel een gezondheidsklacht heeft gehad maar niet heeft afgezien van zorg, zegt 10% in het afgelopen jaar op kosten in verband met de eigen gezondheid te hebben bezuinigd, bij de groep met waarschijnlijk gewenste zorgmijding is dat 14% en bij de groep met waarschijnlijk ongewenste zorgmijding 28%. Op zorg wordt vergeleken met andere kosten posten het minst bezuinigd.

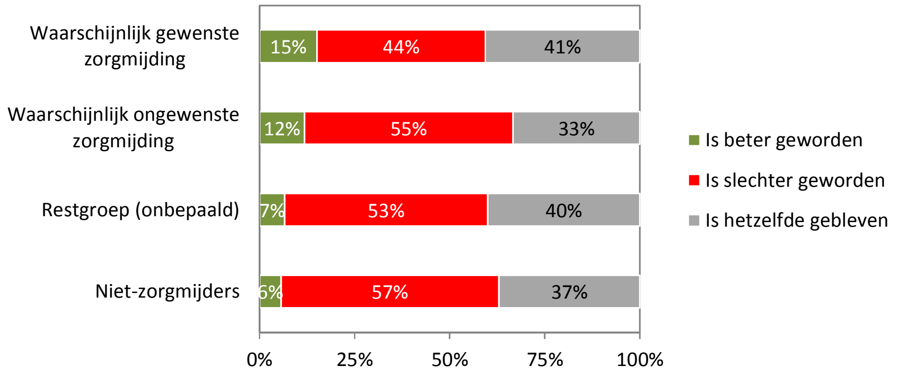
De eigen gezondheid is de kostenpost die het minst vaak wordt genoemd als bezuiniging; toch zegt ruim een kwart van de groep bij wie waarschijnlijk sprake is van ongewenste zorgmijding (28%), dat hierop is bezuinigd in de afgelopen 12 maanden. Het is een feit dat er daarnaast vaak tegelijkertijd ook nog op één of meer andere kostenposten wordt bezuinigd. Bij degenen die waarschijnlijk gewenste zorg mijden (14%) en de restgroep (21%) is daar duidelijk minder vaak sprake van, maar vooral het verschil met niet-zorgmijders (10%) is relatief groot.

Figuur 3.15: ik wil <u>absoluut niet</u> bezuinigen op … (top-3)
Nederlanders 18+ met een gezondheidsklacht in 2012/2013



Bij de posten waar men absoluut *niet* op wil bezuinigen, staat de eigen gezondheid onbetwist bovenaan, ruim voor de dagelijkse boodschappen. We zien wat dit betreft nauwelijks verschil tussen de groepen.

Figuur 3.16: ontwikkeling financiële situatie afgelopen 12 maanden
Nederlanders 18+ met een gezondheidsklacht in 2012/2013



Figuur 3.16 laat zien dat er tussen de groepen geen grote verschillen bestaan tussen hoe de financiële situatie van het huishouden zich in het afgelopen jaar heeft ontwikkeld.

Bij de groep die waarschijnlijk gewenst heeft afgezien van zorg is het aandeel van mensen die verklaren dat hun financiële situatie in de afgelopen maanden slechter is geworden weliswaar kleiner dan bij de andere drie groepen, maar ook altijd nog substantieel. Bij de groep met waarschijnlijke ongewenste zorgmijders is de groep die verklaart dat de eigen financiële situatie is verslechterd ongeveer even groot als bij de mensen die geen zorg hebben gemeden.

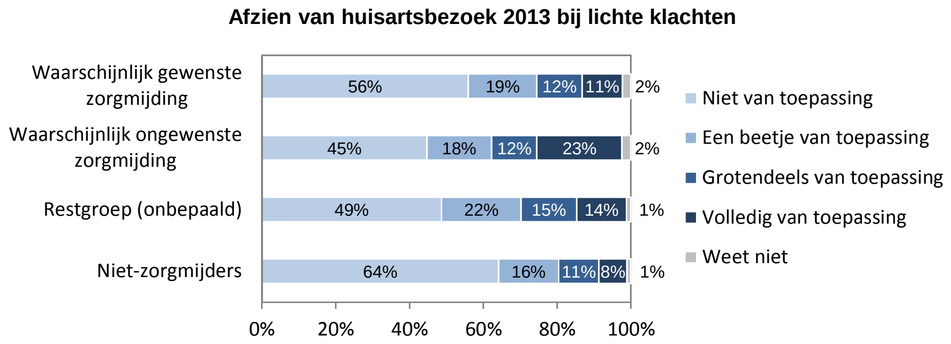
3.7 Gedragsintentie

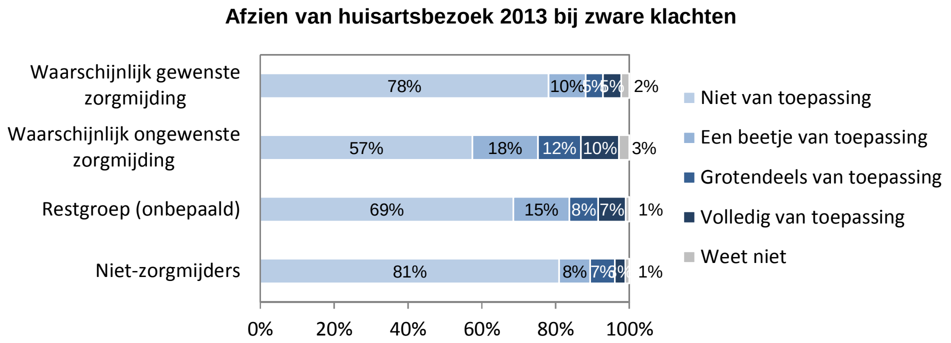
In de vragenlijst is gevraagd om te reageren op een aantal stellingen die tot doel hebben te inventariseren of er een mogelijke gedragsverandering optreedt die te maken heeft met de verhoging van het eigen risico.

Het is belangrijk te onderkennen dat hiermee vooral een *gedragsintentie* in beeld wordt gebracht en onduidelijk is in hoeverre een door respondenten geuite gedragsintentie in de praktijk ook daadwerkelijk leidt tot ander gedrag.

Ten eerste is gevraagd of men, door de verhoging van het eigen risico, *denkt* minder snel of minder vaak naar de huisarts te gaan. Dit is zowel gevraagd in het geval er lichte klachten zouden zijn en indien er sprake zou zijn van ernstige klachten. In figuur 3.17 worden de antwoorden weergegeven van alle mensen die in 2012 en/of 2013 een gezondheidsklacht hebben gehad.

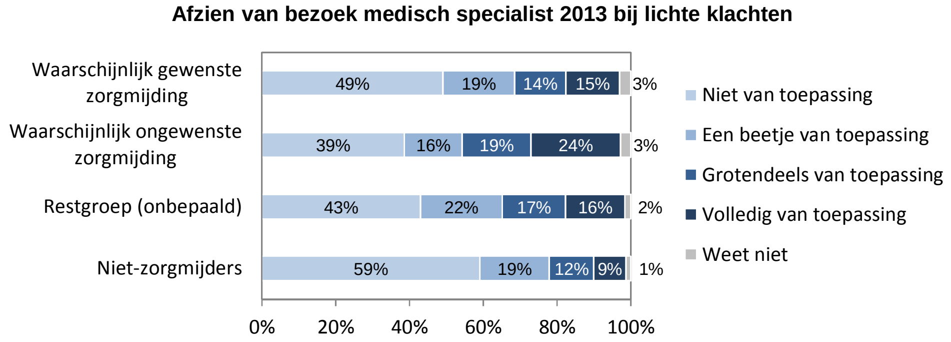
Figuur 3.17: intentie af te zien van bezoek huisarts n.a.v. verhoging eigen risico
Nederlanders 18+ met een gezondheidsklacht in 2012/2013

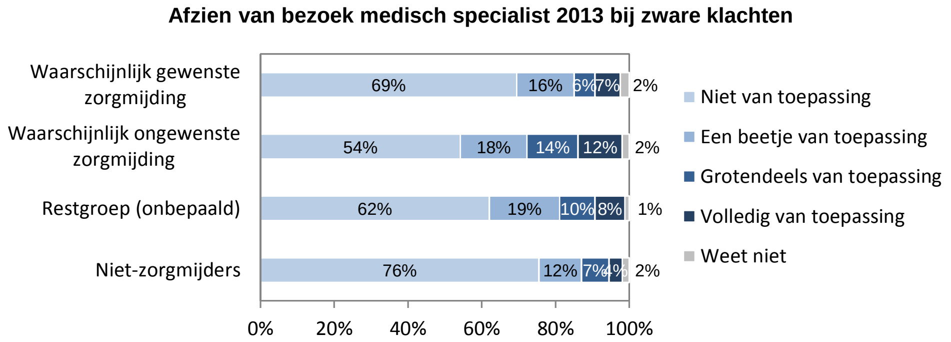




Uit de figuren blijkt dat een deel van de mensen met een gezondheidsklacht in 2012/2013, minder snel naar een huisarts zegt te gaan door de verhoging van het eigen risico. Vooral bij lichtere klachten is dit het geval. Vooral de groep 'waarschijnlijk ongewenste zorgmijders' denkt vaker af te zien van een bezoek aan de huisarts: 23% zegt dat dit *volledig* van toepassing is bij lichte klachten en 10% zegt dat dit *volledig* van toepassing is in het geval van zware klachten. Uitgedrukt als percentage van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder hebben we het dan bij lichte klachten over circa 1% en bij zware klachten over ongeveer 0,4%. Ongeveer 40% - van deze 1% en deze 0,4% – zowel bij de lichte als bij de zware klachten – denkt ten onrechte dat de huisarts onder het eigen risico valt.

Figuur 3.18: intentie af te zien van bezoek medisch specialist n.a.v. verhoging eigen risico
Nederlanders 18+ met een gezondheidsklacht in 2012/2013



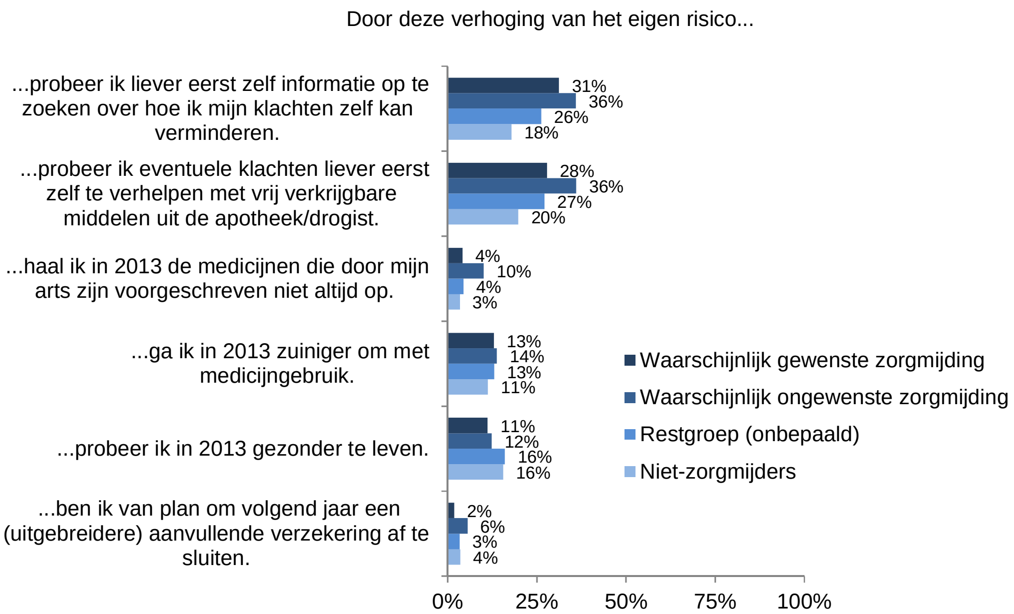


Lichte en zware klachten in relatie tot een bezoek aan een medisch specialist geven een in sterke mate vergelijkbaar beeld als het beeld dat ontstond in relatie tot een bezoek aan de huisarts. Vooral de groep ‘waarschijnlijk ongewenste zorgmijders’ verwacht vaker af te zien van een bezoek aan een specialist: 24% zegt dat dit *volledig* van toepassing is bij lichte klachten en 12% zegt dat dit *volledig* van toepassing is indien er zware klachten zouden optreden. Uitgedrukt als percentage van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder hebben we het dan bij lichte klachten over circa 1% en bij zware klachten over ongeveer 0,5%. Ongeveer 33% van deze 1% en deze 0,5% – zowel bij de lichte als bij de zware klachten – denkt ten onrechte dat de medisch specialist niet onder het eigen risico valt.

Het feit dat het beeld zo vergelijkbaar is, bevestigt de indruk dat het (kosten)onderscheid tussen een bezoek aan een huisarts en aan een medisch specialist (vallend respectievelijk buiten en binnen het eigen risico), niet bewust wordt beleefd[2]. Anderzijds geven de reacties wel de indruk dat kosten wel voor velen een rol lijken te spelen in de afweging om contact op te nemen met een zorgverlener. Daarbij moet in nuancerende zin wel worden gezegd dat de zorgtoeslag als compensatie voor de zorgkosten relatief onbekend is.

[2] De vergelijking is hier gemaakt tussen huisarts en medisch specialist. In vervolgonderzoek zouden doorverwijzingen naar de 2e lijn en de eventuele kosten daarvan, eventueel nader bekeken kunnen worden.

Figuur 3.19: overige gedragintenties n.a.v verhoging eigen risico,
% grotendeels/geheel van toepassing
Nederlanders 18+ met een gezondheidsklacht in 2012/2013



Ook zijn er diverse stellingen voorgelegd, gericht op andere mogelijke (voorgenomen) gedragsveranderingen als gevolg van de verhoging van het eigen risico. Ten opzichte van niet-zorgmijders geven de groepen zorgmijders vaker aan dan het probleem zelf te willen proberen oplossen door het opzoeken van informatie en/of het zoeken naar vrij verkrijgbare (genees)middelen bij een apotheek of drogist. De groep 'waarschijnlijk ongewenste zorgmijders' is in sterkere mate geneigd dit te doen. In enige, maar mindere mate wordt ook overwogen om gezonder te gaan leven en zuiniger om te zullen springen met medicijnen. 10% van de mensen die waarschijnlijk ongewenst zorg mijden, denkt voorgeschreven medicijnen niet altijd meer op te zullen halen.

3.8 Conclusies

- Van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder heeft 20,2% in de periode januari 2012 t/m augustus 2013 wel eens zorg gemeden. Bij 7,5% gaat het om het waarschijnlijk gewenst afzien van zorg, bij 4,0% om waarschijnlijk ongewenste mijding en bij 8,7% is dat onbepaald.
  Uitgedrukt als percentage van de personen die in die periode een gezondheidsklacht heeft gehad, gaat het om 27,2% die wel eens zorg heeft gemeden. Bij 10,2% om waarschijnlijk gewenste zorgmijding, bij 5,4% om waarschijnlijk ongewenste mijding en bij 11,8% is dat onbepaald.

- Het ongewenst afzien van zorg komt vaker voor bij vrouwen, ongewenste en gewenste mijding relatief vaak bij mensen die jonger zijn dan 35 jaar en hoger opgeleiden. In de groep waar waarschijnlijk sprake is van ongewenste zorgmijding zijn de laagste inkomensgroepen relatief sterker vertegenwoordigd. Het waarschijnlijk gewenst afzien van zorg komt vaker bij iets grotere huishoudens.

- De kosten blijken - onder Nederlanders 18+ die weleens af hebben gezien van zorg - vooral voor de ‘waarschijnlijk ongewenste zorgmijders’ vaak een belangrijk argument om geen gebruik te gaan maken van de zorg: 48% geeft aan dat dit voor hen (heel) belangrijk was bij hun afweging. Bij de waarschijnlijk gewenste zorgmijders is dat lager: 26%.

- We zien een opvallend verschil tussen de mate waarin kosten een belangrijke rol spelen bij de waarschijnlijk ongewenste zorgmijders in 2012 en 2013. Bij de respondenten die in 2012 waarschijnlijk ongewenst hebben afgezien van zorg geeft 57% aan dat dit voor hen (heel) belangrijk was bij hun afweging. Bij diegenen die in 2013 hebben afgezien van zorg geeft 44% aan dat kosten een (heel) belangrijke rol hebben gespeeld af te zien van zorg. In het kader van de verhoging van het verplichte eigen risico is het opmerkelijk te constateren dat het belang van kosten ook in 2013 een belangrijk argument is om af te zien van zorg is, maar dat dit percentage wel lager is dan in 2012.

- Een grote meerderheid van de Nederlanders 18+ die in 2012/2013 een gezondheidsklacht heeft gehad, heeft gehoord van het bestaan van een eigen risico. De groep waarbij waarschijnlijk sprake is van het ongewenst afzien van zorg in 2013 weet beter dan de anderen wat de precieze hoogte van het eigen risico is.

- Vrijwel iedere Nederlander 18+ die een klacht heeft gehad in 2012/2013, weet dat niet alle zorg onder het eigen risico valt. Wel blijkt dat de precieze kennis over wat er nu wel en wat er niet onder het eigen risico valt, slechts in beperkte mate aanwezig is.

- Het bezoek aan de huisarts valt niet onder het eigen risico, zo weet circa driekwart van de mensen die in 2012 en/of in 2013 tot en met augustus een gezondheidsklacht heeft gehad. Bijna één op de vijf denkt wel dat een consult bij de huisarts hen kosten oplevert.

- Van de mensen die waarschijnlijk ongewenst afzien van zorg, bezoekt de helft de huisarts niet omdat ze denken dat ze voor het bezoek moeten betalen terwijl dat niet zo is. Bij deze groep is niet alleen sprake van het misverstand dat ze voor een bezoek aan een huisarts moeten betalen ze zeggen ook expliciet dat ze hebben afgezien van een viste aan een huisarts vanwege de kosten en dat ze kosten belangrijk vinden. Dit betreft 1,8% van de Nederlandse bevolking.

- De relatie tussen de verhoging van de zorgtoeslag als gevolg van de verhoging van het verplicht eigen risico per 2013 wordt door de ontvangers van de zorgtoeslag meestal (58%) niet in verband gebracht met de recente verhoging van het eigen risico.

- Aan de respondenten die in 2013 hebben afgezien van zorg is gevraagd wat zij gedaan zouden hebben als zij precies dezelfde klacht in 2012 zouden hebben gehad. In dat jaar gold immers het lagere verplichte eigen risicobedrag. Aan de mensen die bij deze vraag aangaven mogelijkerwijs in 2012 dan wel naar een zorgverlener zouden te zijn gegaan is aansluitend gevraagd waarom ze dat zouden hebben gedaan. In reactie op deze vraag noemt 14% de verhoging van het eigen risico per 2013 als reden. Uitgedrukt als percentage van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder komt dat neer op 0,5%.
  Dit betekent dat voor 0,5% van de Nederlandse bevolking geldt dat als het eigen risico in 2013 niet was verhoogd zij dan mogelijkerwijs wel naar een zorgverlener waren gegaan. Ongeveer de helft van deze 0,5% zou dit ‘misschien’ hebben gedaan, de andere helft zou dit ‘waarschijnlijk wel’ of ‘zeker’ hebben gedaan. Uitgedrukt als percentage van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder met een gezondheidsklacht komt het aandeel van deze groep uit op 0,7%.

- Vrijwel iedereen heeft in het afgelopen jaar ergens op bezuinigd (zowel mensen met een klacht, die afzagen van zorg als mensen met een klacht, die dat niet deden). De prioriteiten die de verschillende groepen daarbij stellen zijn ongeveer gelijk: op zorg heeft men het afgelopen jaar minst bezuinigd, gevolgd door vervoer, daarna telefoonkosten en daarna vakantie. Het meest is er bezuinigd op vrije tijd (hobby, bezoek bioscoop, restaurant, café etc.). De groep ‘waarschijnlijk ongewenste zorgmijders’ heeft wel in sterkere mate bezuinigd op een aantal posten. Dat geldt ook voor bezuinigingen op de eigen gezondheid. Bij de groep mensen die wel een gezondheidsklacht heeft gehad maar niet heeft afgezien van zorg, zegt 10% in het afgelopen jaar op kosten in verband met de eigen gezondheid te hebben bezuinigd, bij de groep met waarschijnlijk gewenste zorgmijding is dat 14% en bij de groep met ongewenste zorgmijding 28%. Op zorg wordt vergeleken met andere kosten posten het minst bezuinigd.

- Er is ook een aantal gedragsintentionele vragen voorgelegd. Er is gevraagd wat het effect zou kunnen zijn van de verhoging van het eigen risico op het bezoek aan de huisarts en medisch specialisten bij lichte en zware klachten.

  Dan blijkt dat een deel van de mensen met een gezondheidsklacht in 2012 en of in 2013, minder snel naar een huisarts zegt te gaan door de verhoging van het eigen risico. Vooral bij lichtere klachten is dit het geval. Vooral de groep waarschijnlijk ongewenste zorgmijders denkt vaker af te zien van een bezoek aan de huisarts: 23% zegt dat dit *volledig* van toepassing is bij lichte klachten en 10% zegt dat dit *volledig* van toepassing is in het geval van zware klachten. Uitgedrukt als percentage van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder hebben we het dan bij lichte klachten over circa 1% en bij zware klachten over ongeveer 0,4%. Ongeveer 40% van deze 1% en deze 0,4%– zowel bij de lichte als bij de zware klachten – denkt ten onrechte dat de huisarts onder het eigen risico valt.

  Lichte en zware klachten in relatie tot een bezoek aan een medisch specialist geven een in sterke mate vergelijkbaar beeld als het beeld dat ontstond in relatie tot een bezoek aan de huisarts. Vooral de groep ‘waarschijnlijk ongewenste zorgmijders’ verwacht vaker af te zien van een bezoek aan een specialist: 24% zegt dat dit *volledig* van toepassing is bij lichte klachten en 12% zegt dat dit *volledig* van toepassing is indien er zware klachten zouden optreden. Uitgedrukt als percentage van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder hebben we het dan bij lichte klachten over circa 1% en bij zware klachten over ongeveer 0,5%. Ongeveer 33% van deze 1% en deze 0,5%– zowel bij de lichte als bij de zware klachten – denkt ten onrechte dat de medisch specialist niet onder het eigen risico valt.

4. Hoofdlijn en conclusies onderzoek

Dit enquêteonderzoek heeft plaatsgevonden onder een representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder.

Centraal in dit onderzoek staan de mensen van 18 jaar en ouder die in 2012 en/of 2013 wel eens een gezondheidsklacht hebben gehad en die overwogen hebben in verband met die klacht een zorgverlener te bezoeken. In dit onderzoek wordt gekeken naar de afwegingen die mensen maken bij de beslissing om wel of niet naar een zorgverlener te gaan. De recente verhoging van het verplicht eigen risico is een van de mogelijke redenen om af te zien van zorg. Er wordt breder gekeken naar factoren die mogelijk een rol spelen bij het afzien van zorg, zowel van financiële als van niet-financiële aard. In de praktijk spelen vaak meerdere motieven een rol bij het afzien van zorg. Daar waar verzekerden afzien van zorg, wordt inzichtelijk gemaakt in welke gevallen en in welke mate dat als waarschijnlijk ongewenst of gewenst kan worden bezien.

Om de afwegingen van verzekerden in een breder perspectief te plaatsen zijn ook onderzocht (a) de kennis bij verzekerden over het eigen risico en de zorgtoeslag en (b) de prioriteiten die mensen stellen bij hun maandelijkse uitgaven.

Hoofdvragen van het onderzoek:

(1) Welke effecten heeft de verhoging van het verplicht eigen risico per 1-1-2013 gehad op het afzien van zorg?

Van het geheel van de Nederlandse bevolking heeft in 2012 en/of 2013 20,2% wel eens afgezien van zorg. Anders gepercenteerd: van dat deel van de bevolking die in deze periode een gezondheidsklacht heeft gehad heeft 27,4% wel eens afgezien van zorg. Eerst zoomen we in op de hoofdvraag van dit onderzoek: wat zijn de effecten van de verhoging van het verplicht eigen risico per 2013?

Aan de respondenten die in 2013 hebben afgezien van zorg is gevraagd wat zij gedaan zouden hebben als zij precies dezelfde klacht in 2012 zouden hebben gehad. In dat jaar gold immers het lagere verplichte eigen risico bedrag. Aan de mensen die bij deze vraag aangaven mogelijkerwijs in 2012 dan *wel* naar een zorgverlener zouden te zijn gegaan, is aansluitend gevraagd *waarom* ze dan wel een zorgverlener zouden hebben gevisiteerd. In reactie op deze vraag noemt 14% de verhoging van het eigen risico per 2013 als reden.

Uitgedrukt als percentage van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder komt dat neer op 0,5%. Dit betekent dat voor 0,5% van de Nederlandse bevolking geldt dat als het eigen risico in 2013 niet was verhoogd zij dan mogelijkerwijs wel naar een zorgverlener waren gegaan. Ongeveer de helft van deze 0,5% zou dit ‘misschien’ hebben gedaan, de andere helft zou dit ‘waarschijnlijk wel’ of ‘zeker’ hebben gedaan.

(2) *Wanneer en in hoeverre kan het afzien van zorg waarschijnlijk als gewenst of ongewenst worden gezien en welke rol spelen de kosten?*

Het onderzoek baseert zich hierbij in de eerste plaats op de antwoorden die respondenten hebben gegeven over de ernst en de ontwikkeling van de (laatste) gezondheidsklacht die zij in 2012 of 2013 hebben ondervonden. Daar waar klachten zijn verergerd en ernstig waren, is het afzien van zorg in dit onderzoek als waarschijnlijk ongewenst beschouwd.

In de tweede plaats is gekeken naar een aantal motieven die zijn genoemd om niet naar een zorgverlener te gaan. Als men aangaf te hebben afgezien van een bezoek aan een zorgverlener omdat men bang was dat men iets erg had en/of opzag tegen de (eventuele) behandeling en/of weinig vertrouwen (meer) in artsen heeft dan is dat in alle gevallen (los van de ernst en ontwikkeling van de klacht) ook aangemerkt als een vorm van ongewenste zorgmijding.

Opgeteld is in de onderzochte periode dan bij 4% van de Nederlandse bevolking wel eens sprake geweest van het ongewenst afzien van zorg. Uitgedrukt als percentage van de mensen die in deze periode een gezondheidsklacht hebben gehad gaat het om 5,4%.

Van waarschijnlijk gewenste zorgmijding speekt het onderzoek als de klachten zijn verdwenen of niet ernstig zijn en angst voor de kwaal en/of de behandeling en/of gebrek aan vertrouwen in artsen geen redenen zijn geweest om zorg te mijden. In totaal is bij 7,5% van de bevolking sprake van het gewenst afzien van zorg. Uitgedrukt als percentage van de mensen die in deze periode en gezondheidsklacht hebben gehad gaat het om 10,2%.

Voor de overige personen die hebben afgezien van zorg – 8,7% van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder – konden geen uitspraken worden gedaan over de mate van (on)gewenstheid van het afzien van zorg. Uitgedrukt als percentage van de mensen die in deze periode een gezondheidsklacht hebben gehad gaat het om 11,8%.

Het afzien van zorg komt relatief vaak bij mensen die jonger zijn dan 35 jaar en hoger opgeleiden. Waarschijnlijk ongewenste zorgmijding komt vaker voor bij vrouwen en bij de laagste inkomensgroepen. Waarschijnlijk gewenste zorgmijding komt vaker voor bij iets grotere huishoudens.

De kosten blijken vooral voor de waarschijnlijk ongewenste zorgmijders in 2012 en 2013 een argument om geen gebruik te gaan maken van de zorg: 48% geeft aan dat dit voor hen (heel) belangrijk was bij hun afweging. Van de 4% van de Nederlandse bevolking waarbij sprake is van waarschijnlijk ongewenste zorgmijding gaat het dus in ongeveer de helft van de gevallen om kosten als (heel) belangrijk argument om af te zien van zorg. Korter gezegd: circa 2% van de Nederlandse bevolking ziet waarschijnlijk ongewenst af van zorg vanwege de kosten.

We zien ook een verschil tussen de mate waarin kosten een belangrijke rol spelen bij de ongewenste zorgmijders in 2012 vergeleken met die in 2013. Bij de respondenten die in 2012 waarschijnlijk ongewenst hebben afgezien van zorg geeft 57% aan dat dit voor hen (heel) belangrijk was bij hun afweging. Bij degenen die in 2013 hebben afgezien van zorg geeft 44% aan dat kosten een (heel) belangrijke rol hebben gespeeld af te zien van zorg. In het kader van de verhoging van het verplichte eigen risico wordt geconstateerd dat het belang van kosten ook in 2013 een belangrijk argument is om af te zien van zorg is, maar dat dit percentage wel lager dan in 2012.

(3) Welke factoren hebben het afzien van zorg beïnvloed?

(a) Misverstanden over de kosten
Vrijwel iedereen weet dat niet alle zorg onder het verplicht eigen risico valt. Ook blijkt dat de *precieze* kennis over wat er nu wel en wat er niet onder het eigen risico valt, slechts in beperkte mate aanwezig is.

Het bezoek aan de huisarts valt niet onder het eigen risico, zo weet circa driekwart van de mensen die in 2012 en/of in 2013 tot en met begin september een gezondheidsklacht heeft gehad. Bijna één op de vijf denkt wel dat een consult bij de huisarts hen kosten oplevert.

Van de mensen die waarschijnlijk ongewenst afzien van zorg, bezoekt de helft de huisarts niet omdat ze denken dat ze voor het bezoek moeten betalen terwijl dat niet zo is. Bij deze groep is niet alleen sprake van het misverstand dat ze voor een bezoek aan een huisarts moeten betalen ze zeggen ook expliciet dat ze hebben afgezien van een bezoek aan een huisarts vanwege de kosten en geven aan kosten belangrijk te vinden. Dit betreft 1,8% van de Nederlandse bevolking.

De relatie tussen de recente verhoging van de zorgtoeslag wordt door de ontvangers van de zorgtoeslag meestal (58%) niet in verband gebracht met de recente verhoging van het eigen risico.

(b) Financiële situatie van de huishoudens
Iedereen – ook de groepen die waarschijnlijk gewenst en waarschijnlijk ongewenst afzien van zorg –- geven aan in vergelijking met andere uitgaven het minst op zorg te willen bezuinigen en ze bezuinigen ook metterdaad het minst op zorg.

Vrijwel iedereen heeft in het afgelopen jaar ergens op bezuinigd (zowel mensen die afzagen van zorg als mensen die dat niet deden). De prioriteiten die de verschillende groepen daarbij stellen zijn ongeveer gelijk: op zorg heeft men het afgelopen jaar minst bezuinigd, gevolgd door vervoer, daarna telefoonkosten en daarna vakantie. Het meest is er bezuinigd op vrije tijd (hobby, bezoek bioscoop, restaurant, café et cetera). Dat geldt ook voor bezuinigingen op de eigen gezondheid.

Bij de groep mensen die een gezondheidsklacht hebben gehad maar niet hebben afgezien van zorg, zegt 10% in het afgelopen jaar op kosten in het verband van de eigen gezondheid te

hebben bezuinigd, bij de groep met waarschijnlijk gewenste zorgmijding is dat 14% en bij de groep met waarschijnlijk ongewenste zorgmijding 28%. Op zorg wordt vergeleken met andere kosten posten het minst bezuinigd.

(c) Niet-financiële motieven

Er worden ook andere niet-financiële motieven genoemd dan die hier al eerder ter sprake zijn gekomen (angst en verminderd vertrouwen in dokters) om af te zien van zorg (meerdere antwoorden mogelijk):

- Ik wilde het probleem zelf oplossen (61%)
- Ik dacht dat het vanzelf wel over zou gaan (76%)
- Ik had geen tijd voor een bezoek of voor een behandeling (32%)
- Ik ga pas naar de dokter als ik ernstige klachten ervaar (80%)
- Er was sprake van een misverstand (4%)
- Het heeft voor mij geen zin om naar een dokter te gaan, ze kunnen me toch niet (meer) helpen (21%)
- Ik had geen zin in de rompslomp van het maken van een afspraak of van een behandeling (43%)

Het afzien van zorg kent derhalve een breed spectrum van motieven, die ook tegelijkertijd kunnen spelen.

ONDERZOEKSVERANTWOORDING

Nu volgt een korte toelichting op en verantwoording van de gekozen onderzoekaanpak.

Het GfK online panel en de gekozen systematiek

Het onderzoek naar de relatie tussen zorgmijding en (de verhoging van) het eigen risico is uitgevoerd binnen het GfK online panel.

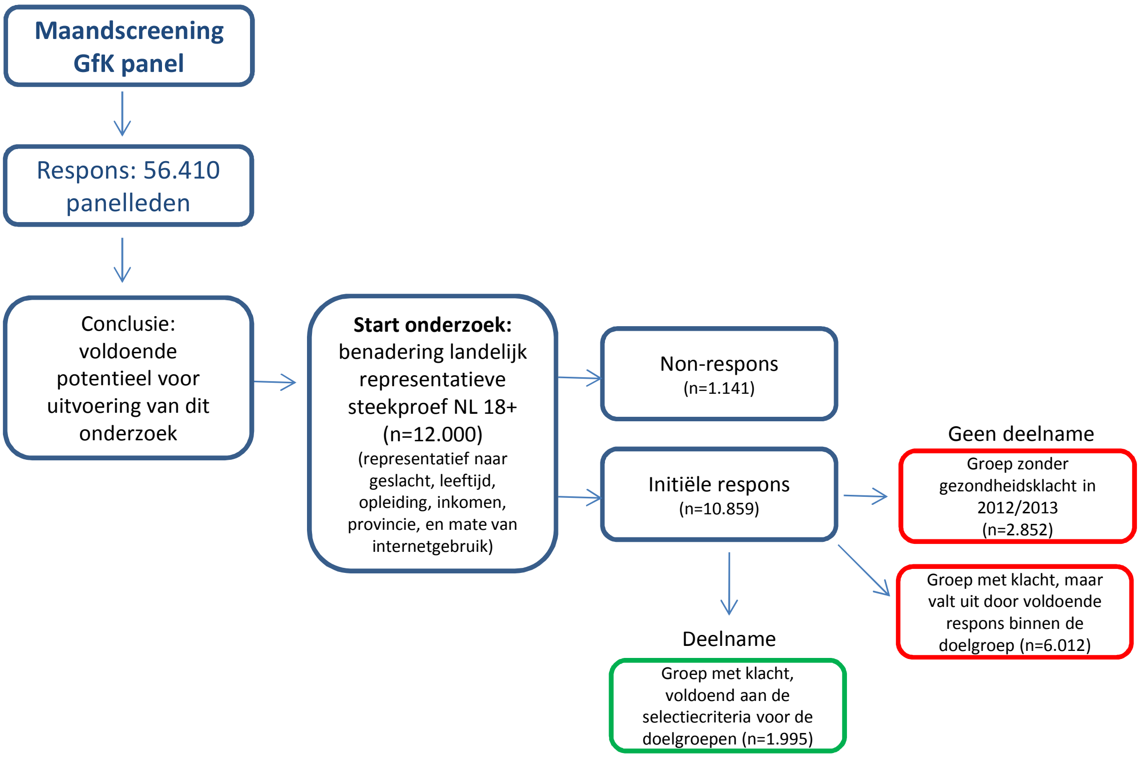
Het onderzoek is uitgevoerd op basis van het online panel van GfK. Het GfK online panel is met haar ruim 100.000 panelleden één van de grootste panels van Nederland en is een professioneel beheerd en kwalitatief hoogwaardig panel, waarvan een zeer groot deel van de leden is gerekruteerd via door onszelf uitgevoerd landelijk representatief onderzoek. Een ander belangrijk voordeel, deels voortkomend uit het vorige, is dat de respons binnen het GfK online panel in hoog is: doorgaans bedraagt de respons tussen de 70% en 80%. Tot slot is ook uit onafhankelijk panel vergelijkend onderzoek gebleken dat onze panelleden als ‘serieus’ zijn te typeren, mede blijkend uit kwaliteitsanalyses op invulgedrag en de geconstateerde rijkdom van de inhoudelijke antwoorden die als reactie op open vragen wordt gegeven.

Desondanks blijft een access panel per definitie een *selectie* uit de totale Nederlandse bevolking (populatie). Dat is ook niet erg, want op basis van de beschikbaarheid van de vele achtergrondgegevens kunnen uit het online panel goede landelijk representatieve steekproeven worden getrokken.

Nochtans kunnen specifieke groepen ondervertegenwoordigd zijn binnen ons online panel. Denk bijvoorbeeld aan 1^{e} generatie allochtonen die de Nederlandse taal niet of nauwelijks machtig zijn, hoogbejaarden die geen gebruik maken van internet, maar bijvoorbeeld ook aan patiënten in psychiatrische instellingen of daklozen. Voor het doel van dit onderzoek, een landelijk representatief beeld schetsen van de omvang van zorgmijding en de relatie tussen zorgmijding en eigen risico, is dit echter geen probleem. De genoemde groepen zijn simpelweg te klein om een enorme invloed te hebben op het landelijke beeld dat uit het onderzoek naar voren komt. Voor een onderzoek dat specifiek gericht zou zijn op deze specifieke groepen, ligt de zaak natuurlijk anders: dan zou onderzoek via een online panel niet de meest geschikte methode zijn en ligt een ander soort benadering (telefonisch, face to face) meer voor de hand.

Aanpak Algemeen

In onderstaande figuur is de achterliggende strategie weergegeven om uiteindelijk tot de netto respons te komen.



De panelscreening

Voorafgaand aan het onderzoek is besloten om een eerste inventarisatie te maken van zorgmijding door enkele vragen voor te leggen aan het hele GfK panel, om de volgende redenen:

- Om te bepalen of er binnen het panel voldoende zorgmijders - potentieel - aanwezig zijn voor de uitvoering van dit onderzoek.
- Om - mede op basis van de beschikbare achtergrondgegevens binnen het panel - op basis van de screening een *landelijk* beeld te kunnen schetsen van de verschillen tussen de groep zorgmijders en de groep niet-zorgmijders.
- Om met de resultaten van de screening gerichte steekproeven te kunnen trekken voor het hoofdonderzoek (zorgmijders versus niet-zorgmijders).

Ad 1

Op basis van de gehanteerde vraagstelling (en definitie) bleek dat het onderzoek met zekerheid in voldoende omvang uitgevoerd zou kunnen worden binnen het GfK online panel (56.410 deelnemende panelleden).

Ad 2 en 3
Mede op basis van de constructieve discussie in de klankbordgroep (KBG), is voorafgaand aan het feitelijke onderzoek de vraagstelling voor de bepaling van het onderscheid tussen zorgmijders en niet-zorgmijders sterk verbeterd. Daarom is besloten om voor het onderzoek de verbeterde vraagstelling te hanteren. Om een goed landelijk beeld te kunnen schetsen en tot een goede afbakening van de doelgroepen te komen, is dan ook besloten om *geen* gebruik te maken van een gerichte steekproef op basis van de vragen uit de panelscreening, maar voor het onderzoek gebruik te maken van een landelijk representatieve steekproef (naar geslacht, leeftijd, opleiding, inkomen, regio (provincie) en internetgebruik). Dit vormde de basis voor het landelijke beeld van de incidentie van zorgmijding en de verschillen tussen zorgmijders en niet-zorgmijders.

Uitvoering van het onderzoek
De voorbereiding van de enquête vergde een intensieve begeleiding, aangezien de precieze verdeling over de doelgroepen vooraf niet precies bekend was en een relatief zware oversampling nodig bleek om tot voldoende respons in elk van de onderscheiden doelgroepen te komen.

In het onderzoek is aan mensen gevraagd terug te kijken op een half jaar 2013 en een heel jaar 2012 voor wat betreft hun gezondheidsklachten en het al dan niet afzien van zorg. Op de vraag of het feit, dat het jaar 2013 nog maar halverwege was op het moment van uitvoering van het onderzoek, van invloed is op de uitkomsten kan niet met 100% zekerheid antwoord worden gegeven, maar de invloed daarvan lijkt beperkt, mede door de manier waarop hier in de vraagstelling en de analyse rekening mee is gehouden.

Vragenlijst
GfK Intomart heeft de vragenlijst in de basis opgesteld, met het ministerie van VWS en ook de klankbordgroep als sparringspartners. Dit was een intensief proces, waarbinnen ook een door GfK Intomart uitgevoerde kwalitatieve test van de conceptvragenlijst onder burgers tot verdere nuttige aanscherpingen in de vraagstelling heeft geleid. Tijdens deze test is aan een achttal burgers gevraagd om de conceptvragenlijst in te vullen en te becommentariëren. Een kwalitatief onderzoeker van GfK heeft vervolgens de vragenlijst individueel met deze respondent doorgenomen om zicht te krijgen op mogelijke onduidelijkheden en misverstanden. Deze kwalitatieve interviews duurden elk circa een half uur.

Na de definitieve vaststelling van de vragenlijst is deze geprogrammeerd tot een online vragenlijst, die vervolgens is getest. In die fase is aanvullend besloten om door middel van een extra vragenblok tijdens de uitvoering van het veldwerk zicht te houden op de omvang van de groep personen waarvoor kosten een dominante reden zijn om zorg te mijden en de groep waarvoor kosten wel een rol spelen, maar geen dominante. Dit om er zeker van te zijn dat er voldoende personen in de respons zouden zitten waarvoor kosten een belangrijke rol hebben gespeeld in het besluit om zorg te mijden, zodat later in de analyse verder op deze groep zou kunnen worden ingezoomd. Uiteindelijk bleek deze groep van voldoende grootte om nadere analyses mogelijk te maken.

Steekproef
Zoals gezegd is de bruto steekproef gestratificeerd getrokken op basis van de volgende variabelen: geslacht, leeftijd, opleiding, inkomen, regio (provincie) en internetgebruik, daarbij rekening houdend met de populatieverhoudingen zoals beschikbaar uit de Gouden Standaard. Gestratificeerd wil zeggen: de steekproef wordt naar een aantal kenmerken zo opgebouwd dat deze zoveel als mogelijk lijkt op de verdeling in de Nederlandse bevolking als geheel. De Gouden Standaard van het CBS biedt populatieverhoudingen waarop de steekproeftrekking kan worden gebaseerd.

Uiteindelijk zijn 12.000 personen benaderd voor deelname aan het onderzoek. Een groot deel van de mensen die gehoor gaven aan deze oproep, nam uiteindelijk niet deel, omdat zij geen gezondheidsklacht of -probleem hadden in 2012 of 2013 of omdat zij tot een doelgroep behoorden, waarvoor het beoogde aantal deelnemers inmiddels al was bereikt. Toch zijn de door hen ingevulde screeningsgegevens (en de indeling in de doelgroepen) wel uitermate waardevol voor het onderzoek, want dat is de basis voor de populatieschatting naar de mate van zorgmijding in de Nederlandse samenleving.

De doelgroepen bij de uitvoering van het onderzoek waren:

- Doelgroep 1: Niet-zorgmijders in 2012 en/of 2013.
- Doelgroep 2: Zorgmijders in 2012 en/of 2013, zonder ‘kostenargument’.
- Doelgroep 3: Zorgmijders in 2012 en/of 2013, met ‘kostenargument’.

Het onderscheid tussen groep 2 en groep 3 bestaat uit het feit dat personen in groep 3 hebben aangegeven één of meerdere malen te hebben afgezien van het contact zoeken met een zorgverlener, omdat zij ‘opzagen tegen eventuele kosten die zij dan zouden moeten betalen’. Binnen die groep is ook - op basis van het laatste voorval - bepaald of de kosten een dominante of een niet-dominante reden waren in het besluit om zorg te mijden.

Uiteindelijk hebben in totaal 1.995 personen daadwerkelijk de vragenlijst ingevuld. Per doelgroep was het aantal deelnemers:

- Doelgroep 1: 512 deelnemers
- Doelgroep 2: 506 deelnemers
- Doelgroep 3: 977 deelnemers

Respons
In totaal hebben 10.859 personen alle screeningsvragen - voorafgaand aan het onderzoek - ingevuld (respons: 90,5%). Hiervan geven 2.852 personen aan geen gezondheidsklachten te hebben gehad in 2012 of 2013. Zij vallen direct af voor verdere deelname. Van de overige 8.007 personen namen 1.995 personen (volledig) deel aan het onderzoek. Een groep van 6.012 (vooral niet-zorgmijders) is afgevallen voor deelname door het feit dat er in hun doelgroep op dat moment al voldoende respons was gerealiseerd (in onderzoekjargon ‘door quotering’).

Weging
De basis voor de weging van de onderzoeksresultaten is de wijze waarop de steekproef - gestratificeerd - is getrokken.

Grotendeels zijn dan ook dezelfde variabelen gebruikt:

- geslacht
- leeftijd
- opleiding
- inkomen
- provincie
- internetgebruik[3]
- huishoudgrootte

Het doen van uitspraken over Nederland als geheel en binnen de verschillende doelgroepen maakt het noodzakelijk om op verschillende schaalniveaus te wegen en zodanig op alle wenselijke schaalniveaus representatieve uitspraken te kunnen doen.

Wij hebben twee wegingen uitgevoerd, zodat we representatieve uitspraken kunnen doen over de Nederlandse bevolking:

- Weging 1 maakt het mogelijk om representatieve uitspraken te doen voor alle Nederlanders van 18 jaar en ouder. Deze weging is gebaseerd op iedereen die de screeningsvragen heeft doorlopen.
- Weging 2 maakt het mogelijk om representatieve uitspraken te doen voor alle Nederlanders van 18 jaar en ouder, die in 2012 en/of 2013 een gezondheidsklacht of -probleem hebben gehad. Deze weging is gebaseerd op de groep die bij de eerste screeningsvraag heeft aangeven dat men een gezondheidsklacht heeft gehad. In de weging wordt gecorrigeerd voor het feit dat de verdeling van de netto respons over de drie doelgroepen niet geheel evenwichtig is, doordat er met een quotering is gewerkt en de groep zorgmijders met een kostenargument in termen van aantallen is oververtegenwoordigd in de netto respons.

Tot slot
Het onderzoek is uitgevoerd door GfK Intomart, dat behoort tot de internationale GfK-groep. Het kwaliteitsmanagementsysteem van GfK Intomart is door Lloyd's gecertificeerd volgens de normen van NEN-EN-ISO 9001:2000. Daarnaast behoort GfK Intomart tot de eerste groep Nederlandse marktonderzoeksbureaus die het nieuwe ISO 20252 certificaat heeft ontvangen dat internationaal speciaal voor markt- en opinieonderzoek in het leven geroepen is. GfK Intomart is tevens actief lid van de MOA en ESOMAR, de Europese Vereniging voor Opinie- en Marketing Onderzoek.

[3] Internetgebruik is gekozen als weegvariabele met de gedachte om rekening te houden met een mogelijke samenhang tussen zorgzoekgedrag (zelfredzaamheid) en de mate van gebruik van internet. Als internetgebruik niet in de weging meegenomen zou worden, zou een dergelijke samenhang mogelijk een vertekend beeld op kunnen leveren voor wat betreft zorgmijding.